

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 22 Juillet 1895, à une heure

Par ÉDOUARD QUETIN

Né à Châtillon-sur-Loire le 31 janvier 1866
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ANÉMIE HÉMORRHOÏDAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. MONOD, JALAGUIER, LEJARS, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*



PARIS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE G. JUTET

68, rue de Richelieu, 68

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

N^o

452

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 22 Juillet 1895, à une heure

Par ÉDOUARD QUETIN

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Né à Châtillon-sur-Loire le 31 janvier 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANÉMIE HÉMORRHOÏDAIRE

*Président : M. TILLAUX, professeur,
Juges : MM. MONOD, JALAGUIER, LEJARS.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*



PARIS

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE ET LITHOGRAPHIQUE G. JUTET

68, rue de Richelieu, 68

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs : MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et Appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et Matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie...	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphiliti-	
ques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux..	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires...	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDR..	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTNERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA CHÈRE GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

(Faible témoignage de mon amour et de ma reconnaissance)

A MES SŒURS BERTHE ET ANNE

A MON COUSIN ET A MA COUSINE DEBARD

A MON TRÈS CHER MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR DUGUET

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MON TRÈS CHER MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR JALAGUIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Trousseau

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE ET CHER MAÎTRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR E. VIDAL

Ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis

A MON CHER MAÎTRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANCHER

Professeur de Clinique des Maladies des Enfants
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MESSIEURS LES DOCTEURS CHABOUREAU ET DUTARD

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUTION DE GIEN

A MONSIEUR ET A MADAME POTTET

Officiers d'Académie

A MADAME HENRI CROLL

A MON PREMIER MAÎTRE :

MONSIEUR TARTINVILLE

Instituteur honoraire

Officier d'Académie

A TOUS MES PARENTS ET AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553822_0064

INTRODUCTION

Ayant eu dernièrement l'occasion d'observer, dans le service de notre cher Maître M. le docteur Duguet, un cas remarquable d'anémie causée par des flux hémorrhoïdaires abondants et répétés, nous avons été frappé de l'état de déchéance profonde dans lequel pouvait tomber un adulte sain et vigoureux, par le seul fait de ses hémorrhoïdes, et l'idée nous est venue qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de publier cette observation.

Nous avons groupé autour d'elle un certain nombre d'observations analogues, que nous avons choisies parmi les plus intéressantes qui aient été publiées. A l'aide de ces matériaux et mettant aussi à profit ce qu'ont écrit sur le même sujet les divers auteurs, nous essayerons de donner une description de l'*anémie hémorrhoïdaire*, en nous appliquant surtout à bien montrer les dangers qu'elle entraîne, les difficultés, parfois très grandes, de diagnostic dont elle peut être l'occasion et la nécessité qu'il y a de s'opposer dès le début aux progrès de cette anémie, qu'un certain nombre de personnes ont, de nos jours encore, une tendance à respecter, parce qu'elles considèrent le flux hémorrhoïdal, sinon comme providentiel, tout au moins comme exempt de graves complications. Nous verrons qu'il n'en est pas ainsi.

Gosselin¹ écrivait, en 1866, à ce propos : « Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est que la plupart de ces sujets qui tombent dans l'anémie et dans une hecticité voisine de la mort, en sont venus là par suite de la croyance que les hémorrhoïdes sont trop avantageuses pour qu'il fût prudent de s'en débarrasser, et cette croyance, ce ne sont pas les gens du monde seulement, ce sont aussi des médecins qui la leur ont inspirée.

« J'ai vu, à l'hôpital Cochin, un ouvrier typographe, âgé de près de cinquante ans, qui, depuis dix ans, était en proie aux écoulements de sang et aux douleurs du prolapsus hémorrhoïdal, et qui, devenu pâle, faible, bouffi de la figure, atteint de diarrhée habituelle et de palpitations, s'applaudissait de ses hémorrhoïdes et était persuadé, d'après l'opinion que lui avaient exprimée plusieurs médecins, qu'elle lui avaient été utiles en le préservant de bien d'autres maux. Singulier moyen de salut qu'une maladie qui vous conduit avant le terme à cet état d'infirmité et de souffrance !... Triste préjugé bien fait pour indigner les véritables médecins, c'est-à-dire ceux qui, familiarisés avec la physiologie, savent bien que

(1) *Leçons sur les hémorrhoïdes*. Paris, 1866, p. 109 et suivantes.

l'homme ne peut vivre convenablement en perdant son sang et s'épuisant par la douleur ! Erreur déplorable qui, par la crainte de maladies possibles, laisse subsister des maladies réelles ! »

Eh bien, ce que disait Gosselin il y a près de trente ans, n'est-il pas encore vrai aujourd'hui, quoique peut-être à un degré moindre ? Sans doute, à l'heure actuelle, il est peu de médecins qui soient disposés à respecter les hémorroïdes fluentes à l'excès, mais n'y aura-t-il pas longtemps encore de malheureux individus qui, persuadés de l'innocuité, si ce n'est des bienfaits, de leur triste affection, ou qui, ignorant la nature du mal dont ils sont atteints, ne songeront pas à se faire traiter ni même à prendre les soins les plus élémentaires de propreté et d'hygiène qui à eux seuls sont capables, dans la plupart des cas encore peu avancés, de prévenir les progrès désastreux de la maladie.

Pour ceux-là, notre Thèse sera peut-être de quelque utilité.

Avant de terminer nos études, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui de remercier nos Maîtres dans les hôpitaux. Que notre cher et excellent Maître M. le docteur *Duguet* veuille bien nous permettre de lui adresser ici l'expression de notre gratitude et de notre respectueuse affection. Nous lui sommes, en effet, redevable à tant de titres ! Nous avons eu l'honneur d'accomplir une partie de notre temps d'externat dans son service et c'est lui qui a bien voulu nous suggérer l'idée primordiale de notre Thèse ; c'est au maître aimé et à son agréable et solide enseignement que nous devons les quelques notions de médecine à l'aide desquelles nous pourrions bientôt exercer notre art ; c'est à l'homme et à son caractère plein de franchise, de loyauté et d'indépendance que nous devons de bien savoir ce que signifient ces mots : *honorabilité* et *dignité professionnelles* ; enfin, c'est en grande partie grâce aux soins éclairés et dévoués du savant médecin qu'il nous a été permis de recouvrer la santé, à la suite d'une très grave maladie : A ce seul titre, notre reconnaissance durera autant que notre vie et jamais nous n'oublierons les conseils, les encouragements et, pour tout dire, l'affection que notre maître ne cessa de nous prodiguer durant les jours de souffrance et de rudes épreuves que nous avons eu à traverser.

Quant à M. le docteur *Jalagnier*, qui fut en réalité notre Maître et notre bienfaiteur, mais qui voudrait que nous ne lui donnions d'autre titre que celui d'ami, nous ne savons vraiment de quelle façon lui exprimer les sentiments d'affection et de reconnaissance dont notre cœur déborde. Nous avons trouvé auprès de lui, pendant tout le temps de nos études, plus que de la bienveillance : une grande bonté alliée à un grand désintéressement. Qu'il permette donc aujourd'hui à l'élève reconnaissant de lui dire que jamais Maître ne fut plus aimé et ne mérita mieux de

l'être; et à l'ami respectueux, qu'il est fier d'avoir su s'attirer une pareille amitié et qu'il s'efforcera de la conserver et de s'en montrer digne.

Que M. le professeur *Tillaux*, dont nous avons été l'élève au début de nos études médicales et qui nous fait aujourd'hui l'insigne honneur d'accepter la présidence de notre Thèse, veuille bien nous permettre de lui en témoigner notre vive gratitude.

Tous nos remerciements à M. le professeur *Grancher*, pour la bienveillance avec laquelle il nous a admis dans son service des Enfants-Malades, lors de notre stage hospitalier, et à M. le docteur Wallich, pour le bon accueil qu'il nous a fait à l'époque de notre stage obstétrical à la Clinique Baudelocque.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

L'*Anémie hémorrhédaire* que nous allons décrire n'est pas, à vrai dire, une maladie bien définie, une entité morbide, au vrai sens du mot. Ce n'est cependant pas non plus un symptôme isolé, unique; c'est plutôt un ensemble de symptômes variés, parfois très graves, pouvant se succéder chez un individu en proie à des hémorrhédaes fluentes à l'excès, au point d'amener la mort. C'est, en somme, une complication redoutable des hémorrhédaes, complication assez sérieuse pour masquer l'affection primitive, prendre le premier rang et constituer à elle seule presque toute la maladie. Evidemment, ce mot : *anémie* n'est pas exact quand on veut lui faire embrasser les troubles cachectiques, quelquefois très prononcés, de la maladie hémorrhédaire arrivée à sa dernière période, et, dans ce cas, le mot *cachexie*, employé par tous les anciens et par le plus grand nombre des modernes, ou encore celui de *cachexie anémique*, qui n'est pas employé, mais qui pourrait l'être, seraient alors préférables. Mais il a cependant sur eux ce grand avantage, c'est de bien mettre en relief le symptôme capital, dominant, celui qu'on retrouve toujours et dont découlent tous les autres : la diminution de la masse sanguine, l'*altération des globules*, tandis que l'affection n'arrive pas toujours jusqu'à la cachexie. Donc, nous conserverons cette appellation, dont Gosselin, Verneuil, Trélat se servaient, dont tous les médecins et chirurgiens se servent actuellement; nous la prêterons à celle des anciens et surtout à celle de *Phthisie hémorrhédaire* employée par Raige-Delorme et Bérard dans leur article du *Dictionnaire de médecine* en trente volumes.

HISTORIQUE

L'Anémie hémorrhédaire n'est pas une maladie dont la connaissance date de nos jours : les anciens l'avaient très bien observée et ils nous en ont laissé, dans leurs ouvrages, de bonnes descriptions.

Galien (*De Facultat. natural.*, L. III, cap. 8) avait remarqué que parfois l'hydropisie succède aux flux hémorrhédaux excessifs :

Natura evacuationi per hæmorrhédaes non adsuefacienda est, quia facile excedit et hydropem in excessu succedendo procreat.

Dans un autre passage (*De Facultat. natural.*, L. II, cap. 8), il revient sur le même sujet :

Ex Diuturnis hæmorrhoidibus, vel suppressis, vel immodica profusione hominem ad extremam frigiditatem ducentibus non semel aut bis ; sed sæpe jam aquam inter cutem collectam vidi.

Aëtius (Serm. XIV, cap. 15), cité par *Trnka* (*Historia hæmorrhoidum*, 1794, t. I, p. 238 et 239), décrit ainsi l'anémie engendrée par les hémorrhoides fluentes à l'excès :

Hoc affectio malorum plurimorum causa hominibus existit, nam et deformitatem et miseram vitam hæmorrhoides inducunt, multos vero etiam privant : et deformitatem quidem propter coloris totius corporis vitiationem ex evacuatione succedentem ; miseram vero etiam propter corporis debilitatem : quandoque autem et de vita periclitantur sic affecti, cum ob excedentem evacuationem perfrigeratum hepar aquam inter cutem operatur.

Cælius Aurelianus (cité par *Hoffmann*, t. III, p. 311) connaissait la cachexie hémorrhédaire :

Cachexia nascitur..., ex fluxu hæmorrhoidis longissimi temporis.

Pomme (cité par *Trnka*¹ et par *Montègre*²), fait mention, dans son *Traité des Maladies vaporeuses*, d'un homme de 36 ans, atrabilaire, sujet depuis longtemps à un flux hémorrhoidal excessif, qui perdit chaque jour, durant un mois entier, presque une livre de sang, d'où résultèrent des coliques avec enflure des pieds et du visage. Le malade guérit.

Forestus (cité par *Alberti*³), rapporte dans ses écrits l'observation suivante qu'Avicenne avait faite au sujet des hémorrhédaires :

Color faciei habentis hæmorrhoides teste Avicenna *ad viridem colorem* declinat : id quod in multis aliquando advertentes *solo hoc signo* inducti eos hæmorrhoidibus laborare pronuciavimus magno cum artis honore.

Ambr. Paré (*Œuvres*, t. II, p. 275) conseille d'arrêter le flux hémorrhoidal démesuré, « car autrement, dit-il, il cause hydropisie, pour la réfrigération du foie avec une consommation et exténuation de tout le corps ».

Rivière (*Prax. Méd.*), cité par *Montègre*⁴, insiste beaucoup sur la cachexie, l'hydropisie et les immenses dangers que peuvent occasionner les flux excessifs :

Periculosissimos morbos inducunt, nempe totius corporis imbecillitatem, omnium viscerum refrigerationem, præsertim hepatis, atrophiam, cachexiam, hydropem, ob caloris nativi deperditionem, effusio vitæ thesauro et totius corporis fomento.

(1) *Trnka*. Loc. cit., t. I, p. 239.

(2) *Montègre*. *Dict. des Sc. méd.*, 1817, art. *Hémorrhoides*, p. 458.

(3) *Alberti* *Tractatus de hæmorrhoidibus*. 1722, p. 196.

(4) *Montègre*. Loc. cit., p. 516.

Nous trouvons encore rapporté dans l'article de Montègre, p. 458, le cas de *Ferdinand* (*Hist. méd.*, 16, p. 40) relatif à une jeune fille qui eut, durant plusieurs mois, un écoulement sanguin hémorrhoidal très abondant, ce qui, à la fin, lui occasionna de la pâleur de la face, de la bouffissure et une faiblesse qui lui permettait à peine de marcher. Cependant elle guérit.

Fr. Hoffmann (*Opera omnia*, Genève, 1748, t. II, cap. IV, p. 219) a donné une très bonne description de la cachexie hémorrhoidaire :

... Inde enim vires convelluntur, corpus marcescit, femora gravantur, somnus fit laboriosus, præcordia gravativo tumet, ac pulsus micat debilis. Urgente postea diutius fluxu, pedes circa malleolos intumescunt, facies item et oculi, color illius fit luridus ac plumbeus, spiritus arctius meat, et postremo in cachexia, hydropem, lentam et hecticam febrem fit transitus.

Il cite ensuite à l'appui de cette description plusieurs cas qu'il a observés, dont un, que nous citerons plus loin, se termina par la mort du sujet.

Dans son *Arsenal de chirurgie* (1712, p. 217) *Scultet* donne la relation fort intéressante d'un cas d'anémie aiguë, qu'il eut l'occasion d'observer à Venise et qu'il dut traiter par la cautérisation immédiate au fer rouge; nous reproduisons plus loin quelques passages de cette curieuse observation.

Alberti (*Tractatus de Hæmorrhoidibus*, 1722, cap. XII, p. 196) décrit, avec d'abondants détails, les complications des flux hémorrhoidaux :

... Præterea sub hoc excessu hæmorrhoidum superficies corporis impallescit, maxime vero facies, quæ per initia decolor, livida et pallida, contracta et tabida conspiciatur cum acuminatis naribus, impallescens labiis, obscuratis excavatis oculis; successive vero redditur habitus corporis qualis cachecticus ex pallido tumidus.

Dans le même ouvrage (cap. XIII, p. 196), il signale un cas d'hydropisie observé chez un hémorrhoidaire :

... qui, cum aliquoties non modo largas; sed et superfluas hæmorrhoides expertus esset, tandem ob concursum mali regiminis, et perversæ diætæ in tympanitidem et denique hydropem incidit...

Robin (cité par *Trnka*¹), relate le fait d'un jeune ecclésiastique qu'un flux immodéré réduisit à un état de cachexie extrême et qui finit par mourir avec de la bouffissure de la face et de l'œdème des membres inférieurs.

Nous trouvons encore rapporté dans le livre de *Trnka*² les deux faits suivants : le premier est de *Slegel* : il s'agissait d'un jeune homme qui, à la suite de flux immodérés, finit par tomber dans l'hecticité :

Juvenis ex immodico hæmorrhoidum fluxu in cachexiam incidit, et febrem lentam 4 annos perseverentem, adeo sæpe levem ut vix adverteretur. Accessit per intervalla icterus tandemque febris gravis...

(1) *Trnka*. Loc. cit., t. I, p. 240.

(2) *Trnka*. Loc. cit., t. I, p. 243 et 244.

Le second fait est de *Boerhaave* (*Consult. méd.*, vol. 2, cap. 4, p. 18) :

Sexagenarius cachecticus exhaustis sensim diuturno. tali fluxu, cum nocturna diarrhæa complicato, viribus demum extinctus est.

Bordeu (*Recherches sur les malad. chron.*, 1818, t. II., p. 852), rapporte également deux observations de cachexie hémorrhéïdale très grave : dans l'un des cas, l'affection se termina par la mort.

Lieutaud, qui prétendait que l'on pouvait perdre sans danger par l'anus des quantités considérables de liquide sanguin et « que le flux hémorrhéïdal était de toutes les pertes celle qu'on soutient le mieux et qui est le moins à redouter », est cependant obligé de convenir que « parfois il jette dans le dépérissement, la fièvre lente, la phtisie et l'hydropisie ».

Nous venons de voir que les anciens et les modernes connaissaient bien les dangers des hémorrhéïdes saignantes et qu'ils les ont parfaitement décrits. Mais, chose grave, il ne leur était pas venu à l'esprit de s'opposer à ces dangers par des moyens vraiment actifs — persuadés qu'ils étaient tous de l'excellence de ce flux qu'*Hippocrate* regardait comme providentiel quand il disait : « in profluvio hæmorrhéïdum velut quidam atrabili affine effluit » (*De morbis vulgaribus*, c. VI) ; que *Stahl*, *Alberti* et leurs nombreux élèves considéraient comme étant toujours un bien, comme un *flux d'or*, *fluxus aureus*, « *guldene flüss* » auquel il fallait se garder de toucher. Dans ces conditions, il devait leur être très facile de décrire la cachexie hémorrhéïdale dont ils avaient sous les yeux des exemples trop fréquents, hélas ! et trop frappants ; et nous ne nous étonnons pas qu'ils nous en aient laissé de si fidèles descriptions.

Et si, de nos jours, les auteurs en parlent si peu, n'est-ce point justement parce que cette grave complication est devenue de plus en plus rare à mesure que les chirurgiens, moins timides que leurs devanciers, se sont efforcés de l'attaquer et de la guérir par des procédés vraiment actifs, à mesure qu'il ont donné les moyens de la prévenir par la simple observation des règles d'hygiène. C'est à ce bouleversement dans les idées et dans le mode de traitement que nous allons assister.

Cullen (*Éléments de médecine pratique*, 1787, trad. *Bosquillon*, t. II, p. 101) fait remarquer que l'hémorrhagie hémorrhéïdale peut amener la mort : « L'on a peine à comprendre, dit-il, que le malade puisse la supporter sans danger pour la vie. Cependant il est rare qu'elle soit jamais assez grande pour produire la mort tout à coup ; ces écoulements considérables surviennent spécialement à ceux qui ont été fréquemment attaqués de cette maladie. Souvent ils produisent une faiblesse considérable et il n'est pas rare de les voir suivis de leucophlegmasie et d'hydropisie mortelles ». Mais *Cullen* (p. 113 et 114) a surtout eu le mérite de se détacher un peu des *Stahliens* et de blâmer leur coupable inaction en présence de cas aussi redoutables : « D'après l'opinion si généralement

adoptée: que cet écoulement est salutaire et d'après les observations de certaines personnes qui se sont trouvées quelquefois soulagées de différents maux par le flux hémorrhoïdaire, la plupart de ceux qui y sont sujets le laissent facilement aller trop loin... Suivant les Stahliens, le flux hémorrhoïdaire n'est jamais excessif que quand il occasionne une grande faiblesse ou la leucophlegmasie. Mais cette opinion n'est nullement juste et il me semble que dès que l'on aperçoit le moindre indice qui annonce que la maladie tend à produire l'un de ces deux accidents, on doit la considérer comme portée à un excès dont il faut arrêter les progrès ». Malheureusement Cullen est trop réservé dans ses tentatives de thérapeutique puisqu'il ne conseille que les astringents administrés avec une grande prudence, de peur d'arrêter le flux trop vite. Or, nous savons que ces moyens sont, dans la plupart des cas, manifestement insuffisants.

Pinel (*Nosographie philosophique*, 1803, t. II, p. 569) trace également un sombre tableau des dangers qui menacent les hémorrhoïdaires tourmentés par un flux excessif ou trop prolongé; mais nous croyons inutile de reproduire ici ce tableau qu'il a d'ailleurs emprunté presque mot pour mot à celui d'Hoffmann.

De Montègre (*Dict. des Scien. méd.*, 1817, t. XX, p. 524, art. *Hémorrhoides*), qui ne semble guère croire à la nocuité du flux hémorrhoïdal, d'après la complaisance qu'il met à accepter pour véridiques les nombreux cas de pertes sanguines, véritablement fantastiques, qu'il a pu rassembler dans les anciens auteurs, est cependant obligé de convenir que, dans certains cas, lorsqu'il y a ulcération ou rupture de varices par exemple: « l'écoulement lent, mais continu pourrait amener une faiblesse progressive, de la pâleur, de l'épuisement, de la bouffissure du visage et des membres, des spasmes, l'infiltration et l'hydropisie définitivement mortelle. »

Ph. Boyer (*Mal. chirurg.*, 1825, t. X, p. 46), après avoir fait remarquer que le flux hémorrhoïdal « peut jeter dans l'épuisement, la fièvre lente, la phtisie, la cachexie et l'hydropisie », conseille, dans le cas où le traitement médical et le tamponnement du rectum seraient impuissants à l'arrêter, de recourir aux moyens chirurgicaux: excision ou cautère rougi à blanc.

Mais c'est surtout *Dupuytren* (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1832, t. I., p. 339, 345 et 346) auquel nous avons hâte d'arriver, qui a donné une magistrale description des maux sans nombre auxquels s'exposent les hémorrhoïdaires qui laissent éterniser leurs flux: « Plus ou moins épuisés par l'abondance et la fréquence des hémorrhagies ou des écoulements muco-purulents, les malades maigrissent, leur peau devient pâle, décolorée, blafarde, semblable à de la cire; ils ont l'aspect de sujets épuisés par d'autres hémorrhagies ou par des suppurations abondantes; ils tombent souvent dans un état de tristesse, de mélancolie profonde; leurs facultés intellectuelles s'affaiblissent et souvent on les voit attenter à leur vie. Cependant la dégénérescence locale fait des progrès, une affection squameuse de l'anus se déclare

et la mort serait le terme de ces progrès ou le résultat de ces pertes abondantes si on ne s'y opposait efficacement. » « Le célèbre Copernic et Arius succombèrent, dit-il, à une hémorrhagie, suite d'une rupture d'hémorroïdes. Bordeu, B. Bell, rapportent des faits d'écoulements qui ont été également funestes. Cette issue fatale aurait été observée par les anciens. ». Ailleurs (p. 355), il insiste sur cet état de « pléthore artificielle » qui succède parfois à l'arrêt subit des pertes par suite de l'opération, état de pléthore coïncidant avec une pâleur subictérique de la peau et une grande faiblesse. Nous reviendrons sur ce point intéressant à propos du diagnostic et nous reproduirons à la fin de notre travail une courte observation de ce célèbre chirurgien qui eut, l'un des premiers, l'immense mérite d'attirer l'attention sur les dangers de l'anémie hémorroïdaire et sur la nécessité, dans les cas graves, d'un traitement chirurgical par la cautérisation d'emblée ou précédée de l'excision.

Dans leur *Compendium* (1841, t. IV, articles *Anémie, Hémorroïdes et Rectum*), Monnet et Fleury parlent assez longuement de l'anémie hémorroïdaire, insistant beaucoup sur l'état antérieur du sujet pour la détermination du pronostic (sujet déjà anémique, sujet pléthorique, sujet bien portant).

Bérard et Raige-Delorme, dans leur art. *Hémorroïdes* du *Dict.* en trente volumes, emploient volontiers le terme de *phtisie* hémorroïdale (p. 205), qu'ils semblent préférer à celui d'anémie ; nous avons dit plus haut les raisons qui nous faisaient rejeter ce terme comme impropre.

De plus, Bérard (*Gaz. des Hôp.*, 1842, p. 62) a publié une leçon sur un cas remarquable d'anémie hémorroïdaire grave survenue chez un homme de quarante ans. A ce propos, il insiste beaucoup sur l'immense gravité du pronostic : « Chacun sait, dit-il, que, dans des cas analogues, on a vu des malades périr à la suite de ces hémorrhagies ». Il déclare n'avoir recours, dans ces cas, aux astringents, aux lavements et au repos que dans le but de préparer le malade à des ressources plus énergiques, c'est-à-dire à l'excision.

Becquerel et Rodier (*Nouvelles Recherches d'Hématologie*, 1852, art. *Hydropisie*) signalent comme étant une cause d'anémie et d'hydropisie les écoulements hémorroïdaires abondants.

Chomel (*Gaz. des Hôp.*, 1842, p. 49), à propos d'un cas d'anémie hémorroïdaire poussée à ses dernières limites, consacre une leçon toute entière à discuter la question du diagnostic et surtout celle du pronostic, qui, dit-il, lui laisse quelques doutes ; une autre circonstance lui paraît aggraver le pronostic : « Ce sont les accidents qui accompagnent la cessation trop brusque ou trop complète de ces hémorrhagies ». Aujourd'hui nous ne partagerions plus son avis sur ce dernier point, et, quand l'existence du malade est menacée, nous n'avons pas peur d'intervenir par des moyens trop prompts ou trop radicaux.

Après Boyer, Dupuytren et Bérard, la plupart des chirurgiens et médecins font mention, dans leurs ouvrages, de l'affection qui nous occupe et de temps en temps

se plaisent à en publier des cas remarquables. C'est ainsi que nous en trouvons un certain nombre réunis dans l'excellente Thèse d'un élève de Ph. Boyer, M. de Beauvais (Thèse de Paris, 1852. *De la cautérisation des bourrelets hémorroïdaux par le fer rouge*, n° 147, p. 34 à 40 et p. 65 et suivantes). Sans doute cet observateur avait été frappé, comme nous l'avons été nous-même, de la fréquence de la cachexie hémorroïdaire et de la gravité des troubles qui peuvent en résulter, car il insiste, dans un long et très intéressant passage, sur les caractères et la marche de cette cachexie, qu'il considère comme bien spéciale et dont il se hasarde à donner, le premier après Dupuytren, une description détaillée que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici, à cause de sa longueur. Notons seulement qu'il fait observer, et avec beaucoup de justesse, que cette cachexie ne provient pas toujours des pertes sanguines, mais qu'elle peut encore survenir à la suite de ces interminables et abondants écoulements glaireux qui, à la longue, épuisent aussi sûrement le malade que les hémorrhagies elles-mêmes.

Nélaton (*Gaz. des Hôp.*, 1860, p. 89) va jusqu'à donner à cet état spécial, engendré par les flux hémorroïdaux exagérés, le nom de « maladie » et dit qu'elle peut amener l'anasarque :

Quand les choses en sont arrivées à ce point, il ne s'agit plus d'une affection simplement gênante, mais bien d'une *maladie* commençante, car elle ne tarde pas à produire un affaiblissement considérable, une anémie quelquefois profonde et une grande tendance aux infiltrations séreuses; c'est d'abord dans les membres supérieurs que se montrent ces épanchements séreux, puis sous les téguments de l'abdomen et quelquefois, bien que rarement, dans le péritoine; d'une manière générale, on peut dire que le caractère principal de ces infiltrations séreuses et d'envahir le tissu cellulaire sous-cutané.

Benoit (*Des tumeurs hémorroïdales et de leur traitement. Montpellier médical*, 1860, p. 314) rapporte, à propos de l'anémie des hémorroïdaires, un cas remarquable de cette complication et il donne de judicieux conseils à cette occasion sur l'avantage qu'il peut y avoir, pour le malade, à bien déterminer le moment opportun d'une intervention chirurgicale.

Différents auteurs italiens, *Freschi*¹, *Giadorov*², *Berruti*³ ont laissé, dans divers recueils périodiques que nous avons consultés, des relations intéressantes et très détaillées de l'affection qui nous occupe.

Enfin, nous arrivons à l'ouvrage capital de *Gosselin* (*Leçons sur les hémorroïdes*. Paris, 1866). Non seulement l'anémie y est fort bien décrite, mais surtout ses dangers y sont très bien mis en évidence, et qui a lu les quelques pages dans

(1) Storia ragionata di una cronica e gravissima emorragia emorroidale, felicemente guarita. (*Ann. univ. di med.* Milano, 1836.)

(2) Guarigione di due gravi croniche emorragie emorroidali, con edema e con effusione serosa nella cavità toracica e addominale. (*Ann. univ. di med.* Milano, 1844.)

(3) Grossi tumori emorroidarii colla abbondanti emorragie; anemia; edema; cauterizzazioni ripetute coll' acido nitrico; guarigione. (*Indipendente*. Torino, 1876.)

lesquelles Gosselin retrace le sombre tableau des hémorrhoïdaires, victimes de leurs préjugés ou de leurs médecins, est, de ce fait, porté à croire qu'il n'y a pas de pire mal qu'une telle infirmité. Nous avons déjà reproduit un fragment de ce tableau dans notre Introduction. Nous en reproduirons d'autres plus loin. Notons que Gosselin revient encore sur cette importante question de l'anémie et sur son traitement le plus convenable dans ses *Cliniques de la Charité* (1879, t. III, p. 676 et suivantes) :

Parmi les médecins, Grisolle, G. Sée, Damaschino n'ont pas dédaigné de consacrer, dans leurs ouvrages, quelques lignes à l'anémie hémorrhoïdaire.

Grisolle (*Pathologie interne*, 9^e édit., t. I, p. 714) distingue deux degrés de gravité dans l'affection qui nous occupe ; à la suite du suintement habituel et prolongé, il résulte, dit-il : « ou bien un simple *état anémique*, ou bien un affaiblissement graduel, un amaigrissement plus ou moins considérable, un trouble plus ou moins profond des fonctions digestives, un *état cachectique*, enfin, qui fait redouter une lésion organique et que plusieurs auteurs ont désigné sous le nom impropre de phtisie hémorrhoïdale.

M. le professeur G. Sée (*Leçons sur le sang et les anémies*, 1866, p. 80 et 81) fait observer, comme l'avait fait avant lui Dupuytren, que l'état de pléthore peut coexister avec l'anémie et donner le change au médecin. Dans une leçon clinique (*Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 54) il recommande, lorsqu'on ne sait plus à quoi attribuer une anémie, de rechercher si le malade n'aurait pas eu de déperdition de sang : « Une des plus fréquentes, dit-il, est le flux hémorrhoïdal qu'on considère, bien à tort, comme un émonctoire salulaire. »

L'article de M. le professeur Lannelongue (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, art. *Hémorrhoïdes*, 1879) ; une leçon de Verneuil (*Progrès méd.*, 1875, 15 mai, p. 261), deux bonnes thèses, l'une de Fr. Monod (*De la dilatation forcée du sphincter de l'anus dans son application au traitement des hémorrhoïdes*, thèse de Paris 1877), l'autre de Charier (*De l'œdème consécutif aux hémorrhagies*, thèse de Paris 1883), nous ont fourni plusieurs observations remarquables accompagnées de judicieuses considérations.

L'important traité de D. Mollière (*Mal. du rectum et de l'anus*, Paris, 1877), a été pour nous d'un secours précieux et nous a permis d'approfondir la question si intéressante du diagnostic.

En 1884, Trélat a fait une leçon remarquable sur l'anémie hémorrhoïdaire avec de belles observations à l'appui ; cette leçon a été publiée dans ses *Cliniques chirurgicales de la Charité* (1891, t. II, p. 319 et suivantes).

Enfin, tout près de nous, M. le professeur Tillaux (*Chirurgie clinique*, 1891, t. II, et *Leçons de Clinique chirurgicale*, recueillies par Thiéry, 1895, p. 280) ; M. Quenu (*Revue de Chirurgie*, 1892, p. 996 ; M. Reclus (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, 1894, p. 379) ; M. Lejars (*Leçons de chirurgie de la Pitié*, 1893, p. 373) ;

MM. *Quénu et Hartmann* (*Chirurgie du Rectum*, 1895, p. 336) ne dédaignent pas de consacrer quelques lignes à l'anémie hémorroïdaire ni d'appuyer leur description d'observations personnelles, pensant sans doute que ces observations sont assez rares et assez intéressantes pour mériter d'être publiées.

C'est en nous inspirant des écrits de nos illustres devanciers, et en nous appuyant sur les observations que nous avons pu recueillir, que nous allons tenter à notre tour d'esquisser le tableau de l'anémie hémorroïdaire, après avoir dit quelques mots de l'étiologie de cette affection.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Nous avons relevé, dans nos observations, l'âge moyen auquel apparaissait l'anémie hémorroïdaire, et nous avons trouvé que presque toujours cette affection survenait chez des *adultes*, c'est-à-dire *entre 30 et 45 à 50 ans*. Personne n'ignore que les *vieillards* peuvent en être atteints et les asiles qui leur sont consacrés nous en fournissent chaque jour la preuve : toutefois chez eux le flux purement sanguin est peut-être moins fréquent, mais par contre ils ont très souvent des écoulements muqueux interminables et abondants qui produisent tout aussi sûrement l'anémie que les pertes de sang chez les adultes. Nous n'avons pas rencontré d'observations de cette maladie survenue chez des enfants : cela ne veut pas dire qu'il ne puisse pas en exister, puisque nous savons que les hémorroïdes peuvent se montrer chez eux (Trnka, Lannelongue, etc.), et que les pertes de sang sont alors très mal supportées.

L'anémie hémorroïdaire n'est pas rare chez *les femmes*, surtout chez les femmes enceintes, et cela s'explique par la plus grande fréquence des hémorroïdes dans l'état gravidique. Elle survient dans ces cas d'autant plus facilement qu'elle est préparée ou aidée par les pertes utérines, et elle est d'autant plus grave que la source des hémorragies est souvent méconnue et que l'intervention chirurgicale devient ici une question très délicate en raison des dangers d'avortement qu'elle peut faire courir à la femme.

Quelle est, d'une façon générale, la *quantité* de sang perdu nécessaire pour produire un degré notable d'anémie ? Cela est évidemment fort difficile à déterminer d'une façon précise. Les uns, d'une naïveté vraiment prodigieuse, ne paraissent pas éloignés de penser que l'on puisse perdre sans inconvénient par l'anus des quantités de sang considérables et, « à la lecture de certains auteurs, dit D. Mollière, on pourrait croire qu'il suffit que le sang ait traversé les veines du rectum pour qu'il puisse être impunément soustrait à l'organisme. On signale, en effet, des observations de pertes sanguines véritablement surnaturelles. » Et il cite un certain nombre de ces observations fantastiques dont la plupart ont été rapportées par Montègre et que tout le monde connaît.

Aujourd'hui on est généralement revenu à des idées plus sages. Sans doute le danger n'est pas très grand, lorsque la perte est minime, qu'elle survient chez un individu sain ou pléthorique, qu'elle n'a lieu qu'au moment de la défécation et ne reparait qu'à des intervalles assez éloignés. Mais quand les hémorrhagies deviennent quotidiennes, quand elles apparaissent non-seulement à chaque selle, mais même en dehors de celles-ci, quand elles durent longtemps, pendant plusieurs mois par exemple, c'est alors qu'elles conduisent sûrement à l'anémie et à la détérioration générale de l'individu. « Telle hémorrhagie insignifiante, dit Potain à propos des anémies en général (*Dict. Encycl.*, art. *Anémie*), dont les effets se dissipaient d'abord en quelques jours, finit, si elle se répète à des intervalles peu éloignés, par laisser le malade dans un état anémique profond qui ne cesse plus par la disparition de la cause qui l'a produite, mais exige pour guérir l'intervention d'une thérapeutique active. C'est ce qui explique comment on voit quelques malades tomber dans un état si grave sous l'influence... d'hémorrhagies hémorrhoidales, que leur peu d'abondance fait négliger comme insignifiantes, sinon comme salutaires. »

En dehors de la quantité de sang perdu, un autre facteur étiologique important intervient dans la production de l'anémie hémorrhoidaire. C'est la *nature du sang évacué* (artériel ou veineux). Nous n'entrerons pas dans de très longs détails à ce sujet, qui est encore très discuté et dont l'étude appartient plutôt à l'histoire des hémorrhoides qu'au sujet que nous traitons. Nous dirons seulement que, d'après Allingham et d'après D. Mollière¹, qui semble adopter les opinions du chirurgien anglais sur ce point de pathogénie, les hémorrhoides *capillaires* seraient les plus graves et conduiraient plus facilement à l'anémie que les autres variétés, car ces hémorrhoides « donnent lieu à des hémorrhagies quotidiennes, abondantes, mais qui le plus souvent s'arrêtent spontanément, n'apparaissent qu'au moment de la défécation et, par conséquent, passent inaperçues. C'est là un accident dont les femmes ne se plaindront jamais ; habituées à perdre chaque mois des quantités de sang parfois considérables, elles ne feront aucune attention aux quelques gouttes de ce liquide que peuvent fournir ces tumeurs dont elles ignorent l'existence. Mais le sang ainsi répandu est du sang *artériel*, il ne faut pas l'oublier ; aussi, tandis qu'à la suite de copieuses hémorrhagies *veineuses* qui ont leur source dans les grosses varices rectales, les patients se sentent parfois soulagés et se rétablissent assez rapidement, on observe, au contraire, au cas d'hémorrhoides capillaires, les phénomènes d'anémie les plus graves ». D'après le même auteur, à la période artérielle, les hémorrhagies seraient moins fréquentes, mais plus abondantes et l'on pourrait voir le sang jaillir par jets saccadés. Des artères parfois considérables peuvent enfin alimenter les bourrelets hémor-

(1) D. Mollière. *Loc. cit.* p. 407 et 408.

rhoïdaire très anciens de la période veineuse : elles fournissent alors du sang artériel, rouge, rutilant, et c'est de cette façon que M. le professeur Tillaux¹ explique l'anémie qui accompagne ces pertes : « Les capillaires du rectum peuvent se dilater au point qu'on observe dans la tumeur hémorroïdale de véritables artères ; c'est une de ces artères qui, ulcérée, fournit le sang. Il se produit là ce que nous voyions jadis se produire si souvent à la suite des plaies de l'arcade palmaire, par exemple, c'est-à-dire des hémorrhagies secondaires, répétées, qui finissaient par anémier profondément le sujet et entraîner la mort. Au cours de l'opération que je pratiquai à mon malade, je pus même voir l'artère qui, très probablement, fournissait le sang. »

MM. Quenu et Hartmann (*Chirurgie du rectum*, 1895, p. 413, 416 et 417), insistent beaucoup sur ce fait qu'ils ont eu maintes fois l'occasion d'observer, surtout chez les gens âgés, « que la plupart des hémorroïdaire qui saignent d'une façon un peu persistante sont des porteurs d'ulcères. » Ces ulcères variqueux occasionnent des petits saignements qui acquièrent une réelle gravité en raison de leur répétition. « Parfois, les téguments ne sont pas seulement pâles, ils ont pris cette teinte jaune qu'on a jadis donné comme caractéristique du carcinome intestinal... »

Ces ulcères, ou plutôt la rectite qui les a précédés, déterminent en outre un écoulement abondant de *mucosités* auxquelles ne tarde pas à se joindre de la sérosité louche, puis un liquide muco-purulent qui est évacué avec la garde-robe et en dehors d'elle et dont l'abondance peut être telle, qu'elle oblige parfois le malade à se garnir. C'est à cet écoulement, qui s'observe surtout dans les cas d'hémorroïdes difficilement réductibles et sur lequel ont insisté Trnka, Boyer, de Beauvais et Richet, que l'on a donné le nom d'*hémorroïdes blanches* : il est parfois, à lui seul, un élément important de production de l'anémie ; « chez certains malades, il remplace entièrement les pertes de sang et cause leur épuisement par sa continuité et son abondance. » (De Beauvais)².

Tels sont les principaux facteurs pathogéniques de l'affection qui nous occupe : il en est d'autres encore qui, pour être moins importants, ne sont cependant nullement négligeables. C'est en premier lieu la *dyspepsie*. Nous voulons bien admettre que celle-ci soit plus souvent l'effet de l'anémie que la cause, mais il est épependant des cas, et ils sont fréquents, où, comme le fait remarquer G. Sée (*Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 54) : « par la gêne mécanique que les bourrelets hémorroïdaux opposent à l'expulsion des matières de l'intestin, ils sont... une cause de troubles dyspeptiques qui contribuent également au développement de l'anémie. Nous savons, en effet, que les dyspepsies peuvent engendrer une véritable anémie d'inanition. »

(1) *Chirurgie clinique*, t. II, p. 641.

(2) Thèse De Beauvais, *loc. cit.*, p. 37, et *obs.*, p. 82.

Ce n'est que plus tard et secondairement que la dyspepsie, « exagérée à son tour par l'anémie qu'elle fait naître, enferme l'économie dans une sorte de cercle vicieux d'où il ne lui est plus possible de sortir, à moins que n'intervienne un traitement actif »¹.

Il est enfin une dernière cause qui intervient parfois pour une certaine part, dans la production de l'anémie : c'est la *douleur*, c'est cet épuisement du système nerveux qui résulte des souffrances, souvent atroces, intolérables et prolongées qu'endurent certains malades, principalement ceux qui ont de volumineux paquets hémorroïdaires irréductibles.

Gosselin (*Loc. citat.*, p. 107 et 108) a fort bien établi la part qui revient aux divers facteurs que nous venons de passer en revue :

« Les malades maigrissent, prennent la teinte pâle ou jaune, ce qui tient en partie à la douleur, en partie aux pertes de sang répétées, ou, quand ces pertes n'ont pas lieu, à l'écoulement habituel d'une notable quantité de mucus. La maigreur et l'anémie tiennent encore bien souvent à ce que les malades ne mangent pas suffisamment. Incessamment préoccupés par la crainte d'être dérangés dans leurs occupations et leurs distractions par une garde-robe et la crise qui la suit, ils combinent leur repas de manière à n'avoir des selles qu'au moment où la gêne ne serait pas trop grande et ils proportionnent l'abondance de leurs aliments à cette condition. Les uns déjeunent peu... les autres dînent peu... » Plus loin (p. 109), après avoir fait remarquer que cette maladie ne compromet l'existence que dans les cas peu fréquents où les malades sont pris d'une diarrhée rebelle et d'une dyspepsie opiniâtre avec perte d'appétit et vomissements, il dit qu'on peut expliquer ces troubles « soit par l'épuisement anémique, soit par la propagation à tout le tube digestif de l'irritation habituelle dont la muqueuse rectale est le siège. »

Nous ne pouvons insister longuement sur la physiologie pathologique des troubles que nous allons bientôt décrire. On sait que l'anémie hémorroïdaire, comme toute anémie post-hémorrhagique, est due à la diminution de la masse sanguine (oligaémie), et à l'abaissement de la proportion des globules rouges (aglobulie). C'est même cette dernière lésion qui est la plus caractéristique et la plus persistante, car l'oligaémie est transitoire et fait place assez rapidement à un autre état appelé *Hydrémie*, dû à ce que la quantité du sérum augmente plus vite que celle des globules, grâce à l'absorption intestinale rapide des liquides ingérés.

Dans les cas d'anémie hémorroïdaire avancé, comme dans toute anémie de longue durée, il est probable que les globules ne sont pas seulement très diminués de nombre, mais qu'ils sont en outre très altérés, et c'est ce qui explique les difficultés de la réparation. De plus, le sang subit une diminution de sa coagulabilité ;

(1) Potain, art. *Anémie* du *Dict. Encyc. des Sciences médicales*.

il devient moins plastique, en quelque sorte aqueux, et l'on s'explique ainsi comment, à la fin, les hémorrhagies se répètent de plus en plus et finissent par devenir très difficiles à arrêter, un véritable « état hémophilique secondaire » s'étant peu à peu constitué : l'hémorrhagie appelle alors en quelque sorte l'hémorrhagie (Hayem).

Quant à l'œdème et aux hydropisies qui peuvent survenir, ils relèvent directement de la dyscrasie sanguine : ils sont dus à ce que le sang abandonne plus facilement sa partie séreuse, laquelle transsude en grande abondance, grâce à la diminution de l'albumine, à l'hypo-albuminose qui s'est produite par le fait des pertes sanguines. « Chez un homme de quarante-six ans, dit Charier (Thèse de Paris, 1883, p. 29), à la suite d'un flux hémorroïdaire incessant, la proportion d'albumine était tombée à 61,40 pour 100 grammes de sang, et ils (Becquerel et Rodier) concluent que cette diminution de l'albumine, arrivée à 60 ou 55 pour 100, peut alors être cause de la transsudation du sérum à travers les capillaires ; et ce fait est un phénomène physique facile à expliquer par les lois de l'osmose (Graham et Mialhe). » Les écoulements blancs, que nous avons signalés chez les vieux hémorroïdaires, pouvant contenir de l'albumine, amèneraient l'hydropisie en enlevant directement au sang son albumine.

Disons enfin, pour terminer, que d'après Quenu et Hartmann (*loc. cit.* p. 47) la teinte *jaune* des hémorroïdaires atteints d'ulcères variqueux s'expliquerait par « l'effet d'une résorption de produits septiques, s'effectuant à la surface du tégument ulcéré ».

Nous allons maintenant aborder l'étude de la symptomatologie.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Bien que, par le mot anémie hémorrhoïdaire, nous entendions surtout désigner l'anémie qui survient lentement, progressivement, à la suite de flux sanguins souvent répétés, nous devons cependant dire deux mots de l'anémie *aiguë*, forme très rare, à la vérité, qui peut survenir sous les yeux du médecin chez des individus non affaiblis et même chez des gens qui éprouvent pour la première fois un flux hémorrhoïdal par l'anus. Dans ces cas alarmants, qui soustraient tout à coup à l'individu une grande partie de son sang, le patient éprouve, comme on le sait, une faiblesse extrême, une angoisse inexprimable qu'on désigne sous le nom de lipothymie; la peau et les muqueuses se décolorent progressivement sans prendre de teinte spéciale et, lorsque la pâleur est très prononcée, elle ressemble à celle de la mort; des sueurs froides couvrent le corps, une syncope peut survenir qui dure plus ou moins longtemps et qui peut être mortelle. Nous rapportons à la fin de de notre thèse une observation de Scultet (*obs. 11*), une autre de Cazin (*obs. 12*), et une troisième de MM. Quenu et Hartmann (*obs. 16*), où l'hémorrhagie, par sa soudaineté et son abondance, produisit l'état que nous venons de décrire.

Mais nous avons hâte d'arriver à la forme d'anémie la plus habituelle, à celle qui survient peu à peu, *chroniquement*, c'est celle-là que nous devons décrire avec quelques détails; nous nous appuierons, pour faire cette description sur les symptômes présentés par notre malade et sur l'analyse fidèle d'une trentaine d'autres observations que nous avons pu recueillir dans les livres et dont nous ne reproduirons que les plus typiques à la fin de cette étude.

1° Ce qui frappe au premier abord, c'est la *pâleur* de la face ⁽¹⁾, sa teinte jaunâtre, rappelant celle de la cire jaunie par le temps, un peu différente de la teinte verdâtre et plus transparente de l'anémie chlorotique, se distinguant en général assez facilement de la teinte jaune-paille caractéristique du cancer qu'elle peut cependant, dans certains cas, et surtout chez les vieillards arriver à simuler; parfois, mais plus rarement, c'est une teinte ictérique qui fait songer à une affection du

(1) Voir à ce sujet l'observat. de Sabattier (Thèse Paris, 1855, n° 131, p. 32 et suiv.).

foie ⁽¹⁾. D'ailleurs, cette teinte du visage, qui peut varier dans des limites assez grandes, selon la durée plus ou moins longue, le degré plus ou moins avancé de l'affection, n'a rien qui soit absolument caractéristique ; et c'est justement parce qu'elle peut simuler différents états cachectiques qu'elle est assez souvent l'occasion d'erreurs de diagnostic.

Les mains sont blanches, et les veines, affaissées, dessinent seulement à leur surface des traînées violacées. Les conjonctives, les lèvres, les gencives sont exsangues et décolorées ; le regard est triste, la figure offre une expression d'abattement et de souffrance inexprimables. Parfois, surtout, quand les pertes sont survenues assez rapidement et que l'individu a été pris en pleine santé, il existe de la bouffissure de la face et un gonflement léger des paupières. Le malade se plaint d'un affaiblissement extrême. Quand l'anémie a duré longtemps, il peut survenir des œdèmes, d'ordinaire localisés aux extrémités inférieures ², au pourtour des malléoles, où ils augmentent vers le soir ; plus rarement aux mains ³, assez souvent à la face ; parfois, enfin, l'œdème peut être généralisé : c'est alors une véritable anasarque ⁴, un vrai état cachectique qui a succédé à l'anémie ; quelquefois, cet œdème offre ceci de remarquable, c'est qu'il peut n'apparaître qu'à la suite d'une perte un peu abondante, pour disparaître dès que celle-ci a cessé ⁵.

2° *Etat du sang*. — Il suffit, pour pratiquer l'examen du sang, de faire une piqûre au doigt. Cet examen nous montre que l'anémie hémorrhédaire peut arriver à un degré vraiment extrême. Dans le cas que nous avons observé, le nombre des globules rouges était, il est vrai, encore assez élevé, puisqu'il avait à peine diminué de moitié : 2,728,000 globules par millimètre cube (au lieu de 5,000,000 que l'on considère comme le chiffre normal) ; mais dans le cas très remarquable rapporté par Charier et que nous reproduisons plus loin (Voir *observ.* II), l'anémie était arrivée à ses dernières limites : chez le malade qui fait le sujet de cette observation, il était survenu de l'anasarque par suite des pertes sanguines dues à ses hémorrhédes, et l'on trouva seulement 525.000 globules rouges par millimètre cube ; de plus il y avait un globule blanc pour 24 globules rouges et un nombre considérable de granulations dites hémotoblastes. Un mois plus tard, à la sortie du malade, l'œdème ayant disparu et l'anémie ayant beaucoup diminuée d'intensité, on trouva 2.512.500 globules rouges. Ce qui prouve que, dans le cas particulier, la réparation se fit assez rapidement.

Chez un autre malade, observé par M. le Dr Quénu, on ne trouva que

(1) De Beauvais (*Loc. cit.* p. 71, *Observ.*).

(2) Voir l'observation de Benoit. (*Des tumeurs hémorrhédales, Montpellier médical*, p. 314.)

(3) Voir la thèse d'agrégation de Budin 1880, Une Observation du Dr Thévenot, p. 144 et suiv.

(4) Voir à la fin de notre thèse l'observation de Charier.

(5) Voir à ce sujet une observation dans la thèse de Héredia. (Paris, 1874, n° 187, p. 118.)

600,000 globules rouges ¹. Mais même à ce degré ultime d'anémie, le malade peut guérir, si l'on sait intervenir à temps et par des procédés énergiques.

Dans ces cas avancés, il existe assez souvent une diminution de la coagulabilité du sang et des modifications importantes de la fibrine : le sang devient plus aqueux, il peut survenir alors une véritable hydrémie, la partie liquide du sang se séparant plus vite que les globules ; c'est à ce phénomène que Beau avait autrefois donné le nom de pléthore séreuse. C'est ce que nous avons observé à un certain degré chez notre malade.

3° *Symptômes cardio-vasculaires.* — L'oppression, les battements de cœur, en montant les escaliers ou à l'occasion d'une course, ne sont pas rares. Les palpitations sont fréquentes et surviennent par accès, soit spontanément, soit sous l'influence d'une contrariété, d'une digestion pénible, etc. A l'auscultation du cœur, on perçoit, à peu près constamment, un bruit de souffle systolique bien marqué, siégeant à la base, ayant son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche au foyer de l'artère pulmonaire : c'est là le souffle caractéristique de l'anémie. Peut-être est-il plus constant chez les adultes que chez les vieillards, car il exige, comme on sait, pour se produire, que la masse sanguine soit suffisamment reformée et que les parois des vaisseaux soient convenablement tendues, conditions qui n'existent qu'à un moindre degré chez les gens âgés. Parfois, on peut rencontrer un deuxième souffle systolique à la pointe, mais ce fait est exceptionnel. — Le pouls ne présente rien de caractéristique : il est tantôt normal, plus souvent accéléré, toujours régulier, parfois large, plein et battant avec force, principalement dans les cas d'éréthisme nerveux et vasculaire.

Les carotides sont parfois le siège de battements qui deviennent très pénibles pour le malade. D'ordinaire, le doigt placé sur les vaisseaux du cou perçoit un frémissement cataire et l'auscultation, pratiquée au même endroit, permet d'entendre un souffle systolique intermittent, d'origine artérielle, et un souffle continu avec renforcement, d'origine veineuse, appelé bruit de diable. Enfin nous avons trouvé noté dans quelques observations le phénomène connu sous le nom de *doigt mort*.

3° *Troubles digestifs.* — Il semblerait que la dyspepsie dût exister constamment chez des individus dont l'organisme est épuisé par des pertes de sang abondantes et répétées. Cependant nous avons été surpris de ne point la rencontrer dans un certain nombre de cas d'anémie, même assez avancés. Le plus souvent, il est vrai, elle existe à un degré quelconque ; elle peut même devenir extrême ; parfois l'appétit est nul, il y a du dégoût pour tous les aliments, quelquefois des vomissements ; mais par contre, dans d'autres cas, l'appétit demeure excellent ², les diges-

(1) Voir observation VII.

(2) Voir obs. 8 (*Lejars*) et la nôtre. (Obs. I.)

tions continuent à se faire très facilement, et c'est grâce à cette intégrité de l'appareil digestif que l'on voit, non sans surprise, de malheureux malades, presque moribonds, se remettre en très peu de temps de leur affection.

Selon nous, cette conservation de l'appétit est un des meilleurs signes diagnostiques de l'affection : il existe rarement dans les autres anémies ou cachexies : on devra donc y attacher une certaine valeur.

La constipation est fréquente et cela se conçoit sans peine, étant donné l'obstacle apporté par les bourrelets hémorrhoidaires. Parfois on note de la diarrhée ; ce symptôme a toujours existé chez notre malade. Assez souvent cette diarrhée s'accompagne d'un écoulement abondant de glaires, de mucosités ou même de muco-pus, que nous avons signalé à propos de l'étiologie : c'est là, dans certains cas, une grande cause d'affaiblissement pour le malade.

4° *Troubles nerveux.* — Ces troubles dépendent au moins autant de la dyspepsie que de l'anémie, de sorte qu'il est difficile de faire la part qui revient à chacune de ces deux causes. Les étourdissements, les vertiges sont fréquents : il peut survenir des lipothymies, voire même des syncopes, principalement dans les cas d'anémie extrême. La fatigue est précoce et le malade devient promptement apathique. La vue est d'ordinaire intacte ; des bourdonnements d'oreille, des sifflements très désagréables viennent assez souvent troubler le sommeil des malades.

Les cauchemars, l'insomnie (voir notre observation) ne sont pas rares. La céphalalgie n'est généralement pas très intense ; les névralgies, bien que peu fréquentes, peuvent se rencontrer, mais beaucoup moins que dans la chlorose. Quant à l'hypochondrie, à l'originalité, à la pusillanimité, aux idées de solitude ou de suicide qui ont été signalés, ils relèvent autant des souffrances et de la dyspepsie que des pertes sanguines et constituent par conséquent des symptômes assez inconstants et de peu de valeur, parce qu'ils sont communs à presque toutes les maladies chroniques.

5° *Troubles génitaux.* — Chez les hommes, on a noté, dans certains cas, une diminution notable de la puissance génitale, parfois même une impuissance absolue. Chez les femmes qui ont encore leurs règles, la menstruation devient irrégulière ; quelquefois elle peut se supprimer, ou bien il survient de la leucorrhée, des hémorrhagies utérines passives, causées par la dyscrasie sanguine, nouvelles sources de pertes qui vont contribuer à amener l'épuisement de la malade.

6° *Troubles respiratoires.* — Quand le malade se livre à un mouvement un peu violent, il survient de l'oppression, de la gêne dans la respiration. D'ordinaire, le nombre des respirations est un peu augmenté.

7° *Température.* — Elle demeure habituellement normale. Les sueurs ne sont pas rares ; parfois, les malades se plaignent d'éprouver une sensation générale de

refroidissement. La fièvre est exceptionnelle ; on la rencontre cependant quelquefois à la période ultime, où elle revêt alors la forme de fièvre hectique.

Enfin, le délire peut apparaître, et les conditions de son apparition sont ici les mêmes qu'après toute autre hémorrhagie. « C'est surtout quand une hémorrhagie abondante, survenant chez un individu déjà épuisé et dans le moment où l'état de syncope qui en est la conséquence immédiate commence à se dissiper, qu'on le voit apparaître¹ ».

9° *Troubles de la nutrition.* — Les urines sont, la plupart du temps, abondantes. Il est assez ordinaire de les voir s'élever à deux ou trois litres dans les vingt-quatre heures. Chez notre malade, cette polyurie était très marquée. Chez le malade de Charier², il y eut jusqu'à six litres d'urines émises dans une journée. Ces urines sont de faible densité : dans le cas que nous avons observé, la densité était de 1012. Bien que la quantité d'urée fut à peu près normale chez notre malade, il est cependant habituel, dans les cas de ce genre, de la trouver diminuée. Charier dit que « les six litres d'urine de son malade ne renfermaient que des quantités à peine appréciables d'urée ». Ces urines sont pâles, parfois légèrement albumineuses. (Eichhorst, Charier.)

Quelques observateurs ont fait remarquer que le foie et la rate pouvaient subir une certaine hyperthrophie au cours de cette anémie. « On sait, dit Verneuil à propos d'un cas où cette particularité s'était rencontrée, qu'il est probable que le foie et la rate sont les organes de fabrication et de transformation des globules sanguins : Faut-il donc supposer qu'il existe dans le foie et la rate une sorte de congestion chronique ayant pour but la réparation incessante des nombreuses pertes en globules que subit le sang par les hémorrhagies répétées qui durent depuis vingt ans...³ ».

10° L'*amaigrissement* est parfois très prononcé, mais il peut être masqué par la bouffissure de la face.

11° Ajoutons enfin, pour terminer, que les thromboses cachectiques sont très rares. Est-on en droit d'attribuer à l'abondance des pertes sanguines un cas de *phlegmatia alba dolens* survenu chez une nouvelle accouchée qui était aussi hémorrhoidaire ? Nous n'oserions l'affirmer⁴.

(1) Potain, (Art. *Anémie*, du *Dict. Encyclop.*).

(2) Voir *Observ. II*.

(3) Verneuil. *Progrès médical* (Leçon du 15 mai 1875, p. 261).

(4) Voir in *Thèse agrég. de Budin*, l'observ. du D^r Thévenot, p. 144 et suivantes.

CHAPITRE IV

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — PRONOSTIC.

Nous avons vu que l'anémie pouvait se produire très rapidement dans le cas d'une hémorrhagie excessivement abondante et qu'alors une syncope mortelle pouvait survenir. D'autres fois, l'anémie est produite en quelques jours : c'est lorsque les pertes, tout en étant abondantes, se répètent à des intervalles assez rapprochés. — Mais ces cas d'anémie, aiguë ou subaiguë, sont en réalité très exceptionnels et, ce qui est ordinaire, c'est de voir l'anémie hémorrhédaire s'installer d'une façon progressive et insidieuse, le malade ne prêtant que peu d'attention, surtout au début, à ces petites pertes sanguines répétées, qu'il ne considère pas comme nuisibles à sa santé, et que, parfois, il s'applaudit d'éprouver. Cependant, au bout d'un temps qui peut varier dans d'assez grandes limites, de quelques mois à plusieurs années, il arrive que la santé s'altère : une faiblesse insolite, des palpitations, des vertiges, de la pâleur apparaissent. Si, alors, le traitement n'intervient pas et si les hémorrhagies persistent, l'état anémique s'accroît, des symptômes graves ne tardent pas à se montrer, tels que les troubles digestifs, l'altération profonde du sang, l'amaigrissement, la prostration et finalement l'œdème, parfois même l'hydropisie des séreuses. L'on peut appliquer à ces cas ce que dit le professeur Potain au sujet des anémies en général : « C'est alors une cachexie véritable qui succède à l'anémie proprement dite ; elle mérite le nom de cachexie anémique, puisqu'elle a l'anémie pour point de départ et pour cause immédiate ».

Il y a donc lieu d'établir deux degrés bien différents dans la maladie qui nous occupe. Le premier degré, celui de l'anémie commençante, n'est pas grave, pourvu que l'on intervienne à temps, et sa durée peut être absolument transitoire, le sang se réparant, comme on sait, avec une très grande facilité. « Ce n'est pas, dit Gosselin à propos des hémorrhédaires qui engendrent ce léger degré d'anémie⁽¹⁾, qu'elles compromettent la vie ni même qu'elles occasionnent une grande gêne, mais elles tiennent l'individu dans un état voisin de la maladie et qui se caractérise par une diminution de l'énergie physique et morale. Si c'est un homme, il ne peut ni faire de longues courses, ni porter de lourds fardeaux, ni supporter les veilles... Si c'est une femme, elle trouve dans cette double perte san-

(1) Gosselin. *Leçons sur les hémorrhédaires*, p. 121 et 122.

guine, celle des règles et celle des hémorrhoides, une cause d'épuisement plus grave... Ajoutez que ces sujets (hommes et femmes), fatigués par les pertes de sang, sont souvent tourmentés par la diarrhée, la dysenterie, les névralgies, les gastralgies... » Donc, même à ce faible degré, l'anémie méritera d'attirer l'attention du médecin.

Le second degré se caractérise par une anémie profonde, qui devient une source de maux très graves et qui peut durer indéfiniment, quelquefois même amener la mort par les progrès de la cachexie qu'elle engendre, et par suite de l'épuisement progressif du malade. Cette issue fatale peut encore avoir lieu au cours d'une syncope survenue à l'occasion d'une nouvelle hémorrhagie, chez des individus déjà très affaiblis par leur pertes antérieures.

D'après Fromentin Dupeux (*Des hémorrhoides pendant la grossesse, Thèse de Paris, 1841*), P. Dubois aurait observé une femme enceinte qui mourut d'hémorrhagie après avoir fait des efforts pour aller à la selle. Langot (*Thèse de Paris, 1883*, n° 442, p. 10), cite encore le cas d'un ami de sa famille qui « payait de sa vie l'idée préconçue de l'utilité des hémorrhoides, succombant aux suites de terribles hémorrhagies incessantes. Il mourait jeune encore, emporté par une anémie profonde contre laquelle rien n'avait pu réagir ». Nous rapporterons à la fin de notre travail plusieurs observations où l'on constata cette issue fatale ¹.

Le pronostic est donc très variable selon les cas, ses éléments se trouvant dans les circonstances suivantes :

1° *La durée antérieure de la maladie*, une anémie légère, entretenue depuis des années par de petites pertes répétées, étant plus difficile à guérir qu'une anémie intense produite rapidement par une hémorrhagie considérable. On n'ignore pas en effet que, dans ces cas d'hémorrhagies répétées, l'anémie augmente la prédisposition aux flux dits passifs sur lesquels ont tant insisté Boyer, Montègre, Monneret et bien d'autres; ces flux deviennent plus fréquents et plus difficiles à arrêter, à mesure que le sang s'appauvrit davantage, et l'hémorrhagie, qui a causée l'anémie, est à son tour engendrée par l'anémie.

2° *Le degré plus ou moins avancé de l'anémie* : il est évident que le degré d'altération des globules et la diminution plus ou moins grande de la masse sanguine auront une grande influence sur l'issue de la maladie. Hayem² dans des recherches intéressantes faites, il est vrai, au sujet de l'anémie en général, mais que nous croyons pouvoir utiliser pour le cas particulier, a essayé de déterminer jusqu'à

(1) Voir Obs. 13 (Hoffmann); Obs. 14 (Bordeu); Obs. 15 (Lannelongue); Obs. 16 (Quénu et Hartmann).

(2) Hayem. Du sang et des anémies, 1889.

quel chiffre pouvait tomber le nombre des globules chez un individu anémié, sans amener la mort.

Voici à quels résultats il est arrivé : Dans l'anémie aiguë post-hémorragique, le nombre des globules rouges peut descendre jusqu'à près de 500,000 sans que la mort soit fatale. Mais il faut que les malades ne fassent pour ainsi dire que toucher à ce degré d'anémie et que la réparation sanguine soit facile et rapide. Dans l'anémie subaiguë, les globules s'altèrent assez rapidement, le processus de sanguinification se ralentit et la situation devient critique avec un nombre de globules d'environ 1,500,000.

Enfin, dans les hémorrhagies tout à fait chroniques, la déglobulisation peut atteindre un plus haut degré, devenir extrême ou au moins très intense, sans mettre immédiatement la vie en péril. L'organisme semble s'habituer, comme dans les anémies dites spontanées, à l'appauvrissement progressif du sang (Hayem).

3° On devra enfin tenir le plus grand compte de l'état antérieur du sujet; car il n'est que trop évident que la situation sera beaucoup plus grave, — les pertes sanguines restant les mêmes d'ailleurs, — chez un individu déjà affaibli, anémié par une maladie chronique, ou chez un vieillard débilité, que chez un adulte sain antérieurement, ou bien, présentant les attributs de ce qu'on a appelé l'état pléthorique. Enfin, le pronostic sera d'autant plus sévère que l'on verra survenir différentes complications, telles que la dyspepsie, l'inappétence, et même, comme cela peut arriver, la phthisie pulmonaire (Gosselin).

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'anémie hémorroïdaire est loin d'être facile pour un esprit non prévenu. Il arrive assez fréquemment au médecin d'hésiter, parfois même de se laisser entraîner à des erreurs grossières de diagnostic : la pâleur extrême du sujet, sa teinte subictérique ou jaune paille, son état d'émaciation et d'affaiblissement, les troubles constatés du côté du cœur, la bouffissure de la face ou l'œdème des membres inférieurs, l'existence enfin d'une diarrhée constante, tous ces symptômes peuvent en imposer et faire croire au cancer, à une affection du foie, à une maladie du cœur ou encore à la phtisie, à un début de néphrite interstitielle, à une diarrhée chronique, à la dysenterie, pour tout dire en un mot, à l'une quelconque de ces innombrables affections qui s'accompagnent d'anémie ou qui se terminent par la cachexie.

Parfois le malade ignore l'existence de ses hémorroïdes ou ne veut pas en parler à son médecin. Parfois celui-ci ne songe pas aux pertes hémorroïdales ou bien, y songeant, se livre à un examen incomplet et superficiel de l'anus, néglige de pratiquer le toucher rectal ou, le pratiquant, ne perçoit pas de tumeurs¹ ; de sorte qu'il ne sait à quoi attribuer l'anémie.

C'est principalement lorsqu'on est consulté pour la première fois par des individus, surtout des femmes, atteints d'hémorroïdes à la période *capillaire*, lesquelles, comme nous l'avons vu, passent si facilement inaperçues, c'est dans ces cas d'hémorroïdes internes *larvées* », comme les appelle Gosselin, que l'incertitude du diagnostic se révèle. « Ainsi, dit D. Mollière², ces malades viendront à vous avec des lèvres pâles, les conjonctives blanches, avec la coloration jaune paille des téguments, et comme l'anémie les surprend en pleine santé, en pleine embonpoint, leurs chairs auront un aspect blafard, flasque, parfois œdémateux... Le symptôme qui les amène, en général, devant le médecin, c'est la dyspnée avec irrégularité des mouvements cardiaques. Alors, comme ils présentent encore tous les

(1) Voy. à ce sujet dans Gosselin : *Cliniques chirurgicales*, 1879, t. III, p. 678-680, une observation d'hémorrh. internes non procidentés.

(2) D. Mollière. *Mal. du Rectum et de l'Anus*, 1877, p. 408 et 409.

attributs d'une robuste constitution, comme chez eux l'anémie aura précédé l'amaigrissement, vous pourriez, si l'âge s'y prête, être amenés à rattacher ces symptômes à quelque cancer interne dont vous cherchez vainement le siège, ou à une de ces dycrasies encore mal définies qui doivent trouver leur place dans le cadre nosologique à côté des diabètes et des albuminuries. Et n'attendez pas qu'on vous parle de douleurs, de gêne dans la défécation... Les hémorroïdaires n'éprouvent aucune douleur dans la région malade pendant la période capillaire.. Chez la femme, ce sont surtout des troubles menstruels que nous aurons à signaler. La fonction, irrégulière d'abord, finit par être supprimée et comme, sous l'influence de l'anémie, on voit bientôt apparaître la leucorrhée, on croit avoir affaire à une lésion utérine, contre laquelle sont dirigés les efforts d'une thérapeutique qui doit fatalement rester sans résultat. »

Il est donc de la plus haute importance de bien établir tout d'abord chez le malade l'existence d'hémorroïdes, et bien que l'étude des affections qui peuvent les simuler et donner lieu, comme elles, à des pertes de sang par l'anus et par suite engendrer l'anémie, ne rentre pas absolument dans notre cadre, nous croyons cependant devoir en dire quelques mots. Posons tout d'abord ce principe qu'il est un moyen sûr et facile de rendre visibles les hémorroïdes internes cachées : il suffit d'examiner la région anale après avoir fait prendre un lavement au malade et de lui recommander de faire des efforts de défécation.

Grâce à ce petit artifice, il sera impossible de les confondre avec les *polypes*, affection presque spéciale aux enfants, tandis que chez ces derniers les hémorroïdes sont très rares. Ces polypes, qui donnent lieu à des pertes sanguines ou à une diarrhée sanguinolente, desquelles peut résulter une anémie profonde, sont d'ordinaire nettement pédiculés, de coloration blanc-rosée ou grise, non vascularisés et de consistance moins molle que les hémorroïdes internes, dont il est d'ordinaire facile de les distinguer.

Il est une affection qui occasionne fréquemment des embarras de diagnostic, c'est le *cancer du rectum*¹. Dans ces cas, il faudra faire bien attention, en pratiquant le toucher, aux bosselures et surtout aux duretés inégales de la tumeur, caractères qui, joints aux souffrances du malade, à l'aspect spécial et à l'odeur de l'écoulement, suffiront presque toujours à résoudre la question : « Il est possible que le doigt rencontre tout de suite des tumeurs molles... il s'agit alors d'un cancer *colloïde*, variété très rare en général, que l'on rencontre de préférence dans le rectum. La sensation au toucher est sensiblement identique à celle que fournirait un paquet d'hémorroïdes internes, mais indépendamment de la marche de la maladie, de l'écoulement et de l'état général qui diffèrent dans les deux cas, on tirerait grand

(1) Voir à ce sujet : Chomel (*Gaz. Hop.* 1842, p. 49); Lejars : *Leçons de Chirurgie*, 1893-94, p. 373; Quénu et Hartmann, *Chirurgie du rectum*, p. 376.

parti de la coloration des tumeurs ; les hémorroïdes sont noires, le cancer colloïde est d'un gris jaune, et il s'en détache des fragments faciles à reconnaître. (Tillaux) ¹.

Mais où l'erreur devient très facile, c'est quand il existe *à la fois* un cancer et des hémorroïdes : « De toutes les maladies du rectum, dit D. Mollière ², celle qui se complique le plus souvent d'hémorroïdes, c'est le cancer. Souvent, en effet, les tumeurs bleuâtres que vous verrez à la marge de l'anūs, qui seules vous seront signalées par les patients, auxquelles ils rattachent toutes leurs souffrances, ces tumeurs ne sont qu'un épiphénomène et si vous explorez le rectum au-dessus du sphincter, dans le but de reconnaître les limites supérieures de la phlébectasie, vous y trouverez une dégénérescence. On ne saurait trop insister sur ce point, car l'erreur est facile, elle est commise tous les jours. En pareil cas, en effet, le toucher rectal est douloureux et les lésions que l'on peut constater *de visu* suffisent amplement à expliquer les douleurs dont se plaint le patient, d'autant que ces hémorroïdes symptomatiques du cancer se compliquent, comme les hémorroïdes idiopathiques, de phénomènes inflammatoires dont l'ensemble a été décrit sous le nom d'attaque. »

Mais, pourrait-on nous objecter, si les caractères des lésions cancéreuses et hémorroïdales sont difficiles à différencier, l'aspect des malades ne peut-il servir à distinguer ces deux affections ? A cela nous répondrons avec M. G. Sée : « que les caractères spéciaux attribués à la cachexie cancéreuse (teint jaune paille, amaigrissement profond, hydropisies) ne s'observent pas toujours. Il y a des cancéreux qui ressemblent comme aspect aux anémiques. » Et avec M. Raynaud (art. *cachexie*, Dict. *Jac*, p. 26.) : « quelque remarquable que soit la couleur jaune paille des cancéreux, elle n'est pourtant pas pathognomonique... Elle peut se confondre surtout chez les gens âgés avec la teinte de l'anémie. Abstraction faite des douleurs, rien ne ressemble plus à un cancéreux qu'un vieillard épuisé par des flux hémorroïdaires. La ressemblance est telle qu'elle a fait commettre plus d'une erreur de diagnostic dans les asiles réservés à la vieillesse. » Ne savons-nous pas, en effet, que cette teinté jaune paille peut se présenter dans presque toutes les affections chroniques graves où le sang est altéré profondément ?

On conçoit que nous ne puissions pas discuter ici le diagnostic avec toutes les affections qui donnent lieu à des *écoulements sanguins ou muqueux par l'anūs*, susceptibles par leur durée ou leur abondance d'engendrer l'anémie. Disons seulement que le sang provenant des hémorroïdes se distingue en général, par sa couleur rouge, de celui qui vient des portions plus élevées du tube digestif, celui-ci

(1) Tillaux, *Chirurgie clinique*, t. II, p. 662 et 663.

(2) D. Mollière, *Loc cit.*, p. 475.

étant d'autant plus noir qu'il a séjourné plus longtemps dans l'intestin. Le premier est distinct des matières fécales, tandis que le second leur est plus ou moins intimement mélangé.

Contentons-nous maintenant de rappeler qu'un grand nombre de *maladies générales chroniques*, comme les maladies de foie, du cœur, du poumon, le scorbut, la lymphadénie, l'hémophilie, le purpura, la chlorose d'Egypte due à l'ankylostome duodénal, etc., peuvent s'accompagner de pertes sanguines par l'anus, qui sont capables, à elles seules, d'engendrer l'anémie.

Assez fréquemment il arrive, comme nous l'avons dit, que le malade atteint d'hémorroïdes voit ses hémorrhagies remplacées par une sécrétion continue et très abondante de mucosités : « Dans quelques circonstances, dit Boyer (*Gaz. des Hôp.*, 1852, p. 514), cette sécrétion ne s'évacue pas au fur et à mesure de sa formation, mais s'accumule dans l'intestin, surtout pendant la nuit, et par sa présence détermine des coliques ; lorsque le malade se présente à la garde-robe, il ne rend que des mucosités colorées et l'on a pu, dans ces cas, croire à l'existence d'une *diarrhée chronique* à forme intermittente. » Il sera donc important de ne pas confondre l'anémie due à des hémorroïdes blanches avec celle que peuvent produire certaines entérites de longue durée, certaines ulcérations intestinales. Il ne faut donc pas se fier aux assertions du patient qui affirmera avoir la diarrhée ou la dysenterie ; car si l'on administrait, dans cette croyance, des médicaments à l'intérieur, ceux-ci ne seraient d'aucune utilité et le malade n'en continuerait pas moins à s'épuiser.

L'anémie engendrée par les hémorroïdes fluentes peut, ainsi d'ailleurs qu'un grand nombre d'autres anémies symptomatiques, faire croire, dans certains cas, à l'existence d'une *maladie du cœur* : « Nous devons rappeler ici que le diagnostic présentera parfois de grandes difficultés. En effet, nous avons vu plus haut que les battements de cœur deviennent extrêmement irréguliers chez certains hémorroïdaires qui, convaincus de l'utilité de leurs maux, ont supporté sans se plaindre des hémorrhagies répétées. Et comme, alors, l'anémie est extrême, l'oreille, appliquée sur la région cardiaque, perçoit des bruits de souffle, dont le timbre est doux, il est vrai, mais dont l'intensité est telle, parfois, qu'ils peuvent simuler des bruits organiques. L'erreur sera d'autant plus difficile à éviter que l'on observe quelquefois en même temps de l'œdème des membres inférieurs, tandis que l'analyse des urines décèle la présence de l'albumine. Ce n'est que par une étude minutieuse des commémoratifs qu'en cette conjecture nous arriverons à la vérité, et, si vous n'êtes pas trompé par votre patient, vous y arriverez sûrement, car les hémorroïdes ne peuvent amener à ce degré d'anémie sans qu'il y ait eu d'abondantes hémorrhagies ». (D. Mollière)¹. Cette méprise, qui est fréquente, est d'autant plus funeste que les

(1) *Loc. cit.*, p. 489.

moyens de traitement sont très différents dans l'un et l'autre cas. Il importe donc de bien connaître les signes qui permettront de l'éviter. On devra d'abord se rappeler que l'anémie accompagne fréquemment les affections cardiaques, surtout celles de l'aorte et, parmi celles-ci, le rétrécissement aortique. On portera donc son attention sur les caractères du souffle systolique de la base, qui est généralement doux, dans l'anémie, tandis qu'il est rude dans les cas de rétrécissement aortique et s'accompagne alors d'une notable augmentation de la matité cardiaque. Quant aux souffles anémiques de la pointe, que l'on pourrait confondre avec les souffles mitraux, il suffit de savoir qu'ils sont exceptionnels.

Passons maintenant à l'état dit de *pléthore*, que l'on a souvent confondu autrefois avec l'anémie, avec laquelle, d'ailleurs, il a plusieurs symptômes communs. En effet, « dans la pléthore comme dans l'anémie, on observe la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, la paresse intellectuelle, la fatigue et l'incapacité au travail, un ralentissement des fonctions digestives, une exagération des battements artériels et cardiaques » (Potain)¹. — Or, voici ce qui arrive : on sait que les Sthaliens considèrent la perte hémorrhoïdaire comme une crise salutaire de l'état pléthorique. « Le soulagement momentané que les malades, atteints de douleurs de tête ou de congestions passives de la face éprouvent, à la suite de ces transsudations sanguines, semble justifier leurs doctrines humorales et les encourager à respecter ou même à favoriser l'action de cet émonctoire. Bientôt cependant, les digestions se troublent plus complètement, des palpitations surviennent avec la dyspnée, la face devient pâle, les vertiges se manifestent avec tous les signes de l'anémie ; mais, si les congestions passives des petits vaisseaux de la face persistent ou reparaissent, on peut encore être tenté de mettre ces phénomènes vertigineux sur le compte d'une pléthore ; les premiers avertissements ne suffisent pas toujours pour indiquer au médecin la nature du mal et, lors de l'âge de retour, les erreurs semblent se multiplier en raison des craintes de l'apoplexie cérébrale ; les hémorroïdes, par leur libre écoulement, qu'on ne songe pas encore à diminuer, continuent à maintenir ou à aggraver cet état, qui finit par l'anémie la plus grave » (G. Sée)². — C'est ce que Dupuytren avait très bien remarqué : « Ces évacuations, dit-il, auxquelles les malades sont habitués de longue date, ne sont pas subitement arrêtées sans qu'il ne se fasse une réaction sur toute l'économie, un état général de pléthore artificielle s'établit... Et, chose remarquable, cet état de pléthore coïncide avec une couleur pâle, plus généralement jaune ou terreuse de la peau, et surtout, de la face, avec une faiblesse particulière du malade³. » Il sera donc nécessaire, dans ces cas, d'étudier soigneusement les caractères du pouls qui, d'après Potain, chez les pléthoriques vrais, sera lent, plein, résistant, difficile à déprimer ; tandis que,

(1) Art. *Anémie* (*Dict. Encyclop.*), p. 398.

(2) *Leçons sur le sang et les Anémies*, 1866, p. 81.

(3) Dupuytren, *loc. cit.*, p. 355.

chez les anémiques, quand il est large, il est en même temps vite, mou et dépressible. On opposera aussi la tendance habituelle au sommeil, qu'on observe chez le pléthorique, aux insomnies des anémiques, l'état de concentration des urines du premier à la pâleur et à la pauvreté en matières organiques qu'on remarque dans celles du second ; enfin, on ne percevra pas de souffles cardiaque et vasculaire dans les cas de pléthore, tandis qu'ils ne manquent jamais dans les formes d'anémie où les accidents simulent ceux de la pléthore. (Potain, *loc cit.*, p. 399.)

Quelquefois il arrivera que la pâleur des hémorrhoïdaires et leur état d'émaciation feront penser immédiatement à la *tuberculose*¹. Mais cette erreur ne sera généralement pas de longue durée. Chez les tuberculeux anémiques au début, il est rare qu'on ne trouve pas quelque symptôme qui mette sur la voie du diagnostic ; c'est tantôt l'un des sommets qui respire mal, tantôt c'est une petite toux sèche ou bien un amaigrissement rapide, ou encore des troubles digestifs très prononcés qui donnent l'éveil et suffisent à mettre le médecin en défiance.

Dans certaines formes avancées d'anémie hémorrhoïdaire, auxquelles conviendrait mieux le nom de cachexie, on peut observer, comme nous l'avons dit et comme nous en donnerons un exemple très frappant, non seulement une légère bouffissure de la face, mais encore des œdèmes multiples, parfois une véritable anasarque², et comme dans ces cas on peut trouver en même temps des urines abondantes, pâles, de faible densité, contenant parfois — bien que ce soit très exceptionnel — des traces d'albumine, on conçoit que, dans ces cas, la confusion avec la *néphrite interstitielle* devienne facile, d'autant plus que cette dernière maladie s'accompagne assez souvent d'hémorragies intestinales. Pour compléter la ressemblance, ajoutons encore les bourdonnements d'oreilles, la céphalalgie, l'œdème pulmonaire, le phénomène du *doigt mort*, qui s'observent dans les deux affections, et on conviendra que l'erreur est des plus aisées. Chez les femmes enceintes, on pourrait mettre tous ces troubles sur le compte de l'albuminurie gravidique. Cependant en serrant d'un peu près le diagnostic, on ne tardera pas à reconnaître que le bruit de galop n'existe pas, que l'albumine fait presque toujours défaut et que les troubles digestifs sont moins prononcés dans l'anémie hémorrhoïdaire que dans la néphrite.

Un cas qui ne manque pas d'être assez embarrassant, c'est celui qui consiste à déterminer si, chez un hémorrhoïdaire, qui a un flux sanguin par l'anus et qui présente en même temps des troubles du côté du foie, l'anémie tient à l'une ou l'autre de ces deux causes. C'est surtout dans les cas de *cirrhose hypertrophique avec ictère* que surgiront les hésitations, cette variété de cirrhose engendrant facilement l'anémie et n'ayant elle-même qu'un très petit nombre de caractères positifs. L'ascite et la circulation supplémentaire n'existant pas, on constate donc simple-

(1) Voir obs. 9 et 10.

(2) Voir obs. II.

ment un foie hypertrophié, et, comme le malade peut être atteint d'un flux sanguin par l'anús, on se demande si ce flux est engendré par l'affection du foie ou si au contraire ce ne seraient pas ces pertes abondantes et réitérées qui auraient simplement amené l'augmentation de volume du foie. Verneuil a insisté sur ces cas embarrassants dans une de ses cliniques. (*Progrès médical*, 1885, 15 mai, p. 261. *Leçon sur l'anémie et l'hypertrophie du foie chez les hémorrhédaires.*)

Nous avons vu que, chez les femmes anémiées par le flux hémorrhédaire, il pouvait survenir consécutivement de la leucorrhée : celle-ci pourrait, si l'on n'y prêtait attention, faire croire dans certains cas à des *lésions utérines*.

Rappelons que, dans un cas d'anémie hémorrhédaire observé par D. Mollière, l'analyse de urines révéla : « non seulement la présence d'une quantité énorme de phosphates, mais encore des traces de *glycose* », ce qui pouvait donner à penser qu'on se trouvait en présence d'une affection diabétique.

Enfin, on peut rencontrer des cas d'anémie très *complexes* dans lesquels il existe, en même temps que des hémorrhédes saignantes, d'autres lésions capables, elles aussi, d'engendrer l'anémie, soit que l'on ait affaire à des hémorrhédes *symptomatiques*, soit qu'il s'agisse d'hémorrhédes idiopathiques. Il faudra toujours penser à la possibilité de ces associations. — Quant aux *autres anémies*, symptomatiques ou essentielles, telles que les anémies syphilitique, paludéenne, saturninè, mercurielle, alcoolique, etc., nous nous contenterons de signaler leur existence et leur confusion possible, mais très rare, avec l'affection dont nous parlons.

Il nous est possible maintenant de résumer en quelques mots tout ce que nous venons de dire à propos du diagnostic : le diagnostic de l'anémie hémorrhédaire n'est généralement pas difficile pour un observateur sérieux : *il suffit*, pour le faire, *d'y penser*. Mais encore faut-il qu'on y pense...

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Avant d'aborder le traitement spécial et direct de l'anémie hémorroïdaire, nous devons dire quelques mots du *Traitement prophylactique*, qui est très important et peut se résumer en deux mots : *Hygiène du rectum et Régime*.

1° « Accomplissement normal de la fonction, préservation contre les agents extérieurs ou intérieurs capables de léser l'intégrité des tuniques intestinales, tel est le but à poursuivre » (Quénu et Hartmann, *Loc. cit.*, p. 386.). On devra donc recommander aux hémorroïdaires d'éviter la *constipation*, ou la combattre, si elle existe. On leur prescrira de se présenter chaque soir à la garde-robe et de ne pas y rester plus de cinq minutes. On ordonnera au besoin quelques laxatifs doux (huile de ricin, podophylle, rhubarbe, etc.), ou mieux encore des lavements froids bori-qués. Les bains locaux et généraux, les ablutions locales avec de l'ouate imbibée d'eau boriquée, seront autant de moyens qui permettront d'entretenir une minutieuse propreté de la région et d'éviter toute *inoculation* ano-rectale. Reclus (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, 1894, p. 372) préfère, aux lavements et lotions avec de l'eau froide, les lavements et lotions avec de l'eau à 50 ou 55 degrés;

2° La question du *régime* est au moins aussi importante. Le malade se nourrira de préférence de viandes blanches, de légumes et de fruits ; il s'abstiendra des liqueurs alcooliques, du vin pur, des aliments épicés ; évitera les excès de coït, la station assise, les coussins chauds et moelleux, fera peu d'équitation et peu de bicyclette ; les frictions sèches, parfois même l'hydrothérapie lui seront conseillées. On pourra mettre ces divers moyens en pratique dès que l'on aura constaté chez un individu l'existence d'hémorroïdes, quand même celles-ci seraient à peine saignantes et n'auraient pas encore occasionné de symptômes bien accusés d'anémie.

Mais des *hémorrhagies* plus ou moins abondantes surviennent, qui ne vont pas tarder à anémier profondément le malade. Que faut-il faire dans ce cas ? Mettre en œuvre tous les moyens, à commencer par ceux purement médicaux, pour arrêter ces hémorrhagies que nous ne considérons plus comme salutaires, quand bien même elles seraient suivies de soulagement immédiat. Ces moyens consisteront en lavements froids ou même glacés, en injections d'eau chaude à 40° dans le rectum,

en bains de siège chauds à 35°, dont on élève progressivement la température jusqu'à 45° (Landowsky, *Revue de Chirurgie*, 1881); on pourra encore essayer les lavements à l'eau boriquée froide, additionnée par litre d'une cuillerée à bouche d'eau de Pagliari, ou des lavements au perchlorure de fer (1 à 2 grammes pour 500 gr. d'eau), à l'alun (5 gr. pour 100). Les suppositoires avec le sulfate de fer, ou avec l'antipyrine dont on a vanté récemment les propriétés hémostatiques (0,30 pour un suppositoire), et diverses poudres (iodoforme, calomel), rendront parfois des services. Enfin, si ces moyens échouaient, on pourrait encore tenter le tamponnement du rectum, surtout si l'hémorrhagie avait lieu en nappe : on le pratiquerait alors à l'aide d'un chapelet de bourdonnets de coton salicylé, saupoudrés d'iodoforme, ou simplement avec de la gaze iodoformée; on pourrait encore se servir, d'après Allingham et D. Mollière¹, d'une éponge en forme de cône creux, imprégnée de sulfate de fer ou d'alun et au fond de laquelle est fixé un fil solide. Cette éponge est introduite dans le rectum à l'aide d'une sonde rigide, puis on remplit avec des tampons de coton l'espace compris entre l'éponge et le sphincter, tandis qu'on tire sur le cordonnet. Mais le tamponnement est dangereux, en ce sens que l'écoulement sanguin peut continuer à se faire dans l'intérieur du rectum, au-dessus du tampon, sans qu'on en puisse être averti.

Dans les cas de rectites, quand les écoulements leucorrhéiques épuisent le malade, il est indiqué d'arrêter ces écoulements, soit à l'aide de pommades astringentes au tannin, à l'oxyde de zinc, soit, de préférence, à l'aide de lavements boriqués, que l'on alternera avec des lavements de solutions faibles de nitrate d'argent, ainsi que le recommandent MM. Quenu et Hartmann, qui ont retiré de cette pratique de très bons résultats. Si tous les moyens précédents, aidés du repos absolu dans l'attitude horizontale et de la révulsion, restaient impuissants, et si l'on craignait pour la vie du sujet, il serait indiqué de rechercher la source de l'hémorrhagie, de saisir le vaisseau avec une *pince* hémostatique, ou, mieux encore, de pratiquer la cautérisation immédiate des surfaces saignantes à l'aide du *thermo* ou du *galvano-cautère*. Scultet² et Cazin³ eurent recours à ce dernier procédé dans des cas d'anémie aiguë hémorrhoïdaire. Quant à la transfusion, nous n'en dirons rien, si ce n'est qu'elle est impossible dans les cas d'anémie chronique, où la réparation du sang ne se fait plus que très difficilement et, si elle doit être tentée, ce ne pourrait être que dans ces cas d'anémie presque foudroyante qui, on le sait, sont heureusement très rares.

En même temps que l'on cherchera à modérer et à arrêter les progrès de l'anémie à l'aide de ces moyens indirects, qui agissent uniquement sur l'hémorrhagie, on devra aussi s'occuper de soigner *l'anémie elle-même* et, dans ce

(1) D. Mollière. Loc. cit., p. 470.

(2) Voir *Observation 11*.

(3) Voir *Observation 12*.

but, on ordonnera une alimentation reconstituante et tonique, les préparations ferrugineuses et arsénicales, les eaux chlorurées et surtout l'hydrothérapie qui, sous forme de *douches* très courtes (Voir *Observations 4 et 5*), donnera des effets merveilleux, pourvu qu'elle soit bien supportée et que le malade ne soit pas rhumatisant, auquel cas on se contenterait de prescrire des bains sulfureux, des frictions sèches et du massage. Gosselin¹, Trélat², Verneuil³ ont tiré grand parti de ces douches froides, qu'ils employaient surtout dans le but de préparer leurs malades à subir un traitement chirurgical curatif, et aussi consécutivement à ce traitement, pour hâter la guérison. Enfin, les inhalations d'oxygène, en excitant l'appétit, ajouteront leurs bons effets à ceux de l'hydrothérapie.

Grâce à ce traitement général, supposons maintenant le malade très amélioré. Va-t-on, sous prétexte que la plupart des hémorrhédaire peuvent guérir sans opération, l'abandonner dans cet état précaire ou bien lui donnera-t-on le conseil de se faire débarrasser au plus tôt de ses hémorrhéides ? De pareils cas peuvent prêter à la discussion. — Mais, où la discussion n'est plus permise, c'est quand on n'est pas parvenu, malgré le traitement médical, interne et local, à tarir la source des hémorrhagies, qui continuent à épuiser lentement, mais sûrement le malade, et vont le conduire dans la cachexie et l'hydropisie. Alors, il n'y a plus à hésiter. Toutes les fois donc que l'on se trouvera en présence « d'hémorrhagies répétées, abondantes, incoercibles » (Tillaux), il faudra intervenir chirurgicalement, sans attendre qu'elles compromettent la vie. *

A quelle opération va-t-on recourir ? Evidemment à celle qui soustraira au patient, déjà très affaibli, la plus petite quantité de sang possible et lui occasionnera le moins de douleurs. C'est ici que chacun préconise son procédé : les uns, l'excision, selon les méthodes de Whitehead, de Quenu, de Delorme ou de Reclus, d'autres la dilatation forcée, d'autres la cautérisation, d'autres enfin la ligature. Tous ces procédés peuvent être bons, pourvu qu'ils soient habilement pratiqués ; toutefois la *cautérisation* au fer rouge, au thermo-cautère ou à l'aide de la pince-cautère écrasante de Richet nous a semblé mériter la préférence. On a dit que la cautérisation exposait aux rétrécissements, qu'elle était d'un emploi difficile chez les sujets exsangues, parce qu'elle était très douloureuse et que, d'autre part, on ne pouvait anesthésier les malades. Il y a du vrai dans ces réflexions ; mais à côté de ces inconvénients, la cautérisation présente un immense avantage : celui d'arrêter immédiatement une hémorrhagie rebelle à tous les autres moyens. Et n'est-ce pas là le but qu'on se propose d'atteindre ? « A ce degré d'anémie, dit Trélat (*Cliniques de la Charité*, t. II, 1891), le sang a perdu toute plasticité et une solution de continuité, même peu importante, fournit un écoulement sanguin plus ou moins abondant, mais sur-

(1) *Cliniques de la Charité*, t. III, 1879, p. 676 et suivantes, et *Gaz. Hôp.*, 1879, p. 848.

(2) *Cliniques chirurgicales*, 1891, t. II, p. 319 et suivantes,

(3) *Progrès médical*, 1875, 15 mai, et *Thèse de Fr. Monod*, 1877, p. 89.

tout plus ou moins rebelle à l'arrêt spontané. Chez les malades ainsi anémiés, toute perte de sang, si minime qu'elle soit, constitue un danger, il faut y couper court de suite, et par des moyens radicaux. En pareille occurrence, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est de recourir d'emblée à la cautérisation au fer rouge, ou mieux, au thermo-cautère, laquelle constitue un procédé d'hémostase puissant et sûr, en même temps qu'un excellent mode de traitement des hémorroïdes. Voici le manuel opératoire que recommande M. le professeur Tillaux dans sa *Chirurgie clinique*, t. II, p. 642: « L'intestin ayant été préalablement bien vidé, endormez le malade. Si les hémorroïdes sortent d'elles-mêmes, inutile d'entr'ouvrir l'anus; sinon, introduisez dans le rectum un petit spéculum Bozeman qui permet de voir la paroi rectale et les hémorroïdes. Portez sur celles-ci un *thermo-cautère* chauffé au rouge sombre et cautérisez fortement, de façon à détruire le bourrelet. Pratiquez ainsi plusieurs cautérisations à la circonférence du rectum, en respectant soigneusement la peau de l'anus. Aucun pansement n'est nécessaire, tout au plus quelques compresses d'eau chloralée sur la région anale. Surveillez la rétention d'urine qui survient fréquemment. Ce procédé est simple, facile, sans danger, et, dans un certain nombre de cas graves où je l'ai employé pour combattre des hémorragies invétérées, je ne l'ai pas encore vu manquer son but ».

D'autres préfèrent combiner l'écrasement à la cautérisation et se servent à cet effet de la *pince-cautère de Richet*, laquelle donne également de bons résultats. D'après Rosière¹, ce procédé serait même supérieur au thermo-cautère, auquel il reproche de donner lieu à des hémorragies inquiétantes, lorsqu'il est chauffé au rouge vif et de mal couper les tissus, si on le chauffe seulement au rouge sombre; avec la pince, l'hémorragie serait nulle ou à peu près.

Voici de quelle façon il décrit l'opération: « On entoure de compresses mouillées le bourrelet hémorroïdal préalablement attiré au dehors, dans le but de protéger les fesses contre le rayonnement du calorique. Puis ce bourrelet est pédiculisé en 3 points au moyen de fils de cuivre, en ayant soin de laisser entre ces 3 points une bande de tissu, pour éviter le rétrécissement consécutif. On écrase alors chacun des points pédiculisé entre les mors de la pince chauffée au rouge, et, à la place des hémorroïdes, il ne reste plus qu'une sorte de petit moignon noirâtre et très mince, de l'épaisseur d'une feuille de papier. C'est ce qu'on appelle « volatiliser les hémorroïdes² ».

Le procédé de la cautérisation est donc excellent dans les cas d'hémorragie hémorroïdaire: c'est celui dont on s'est servi depuis Hippocrate jusqu'à nos jours;

(1) *De la dilatation forcée appliquée au traitement des hémorroïdes*, n° 266, Thèse de Paris, 1885, p. 43.

(2) Rosière, *Loc. cit.*, p. 43 et 44.

Dupuytren, Boyer, son élève De Beauvais, Nélaton, Gosselin s'en servaient. Lannelongue le préconise vivement. C'est celui auquel nous-même croyons devoir accorder la préférence.

Immédiatement après lui, nous plaçons, comme pouvant rendre encore de très grands services, mais seulement dans certains cas spéciaux, *la dilataion forcée du sphincter*, qui, pour quelques chirurgiens, constituerait une opération « vraiment merveilleuse » (Reclus); Fontan¹ l'a préconisée; Verneuil fit faire sur ce sujet deux thèses à ses élèves Cristofari (76) et Fr. Monod (77). Ce dernier insiste beaucoup sur son indication la plus formelle, la plus précise : l'existence d'hémorrhagies abondantes : « C'est, dit-il, contre ce redoutable accident que la dilatation a fait ses preuves... Cet écoulement serait-il minime, il ne faut pas hésiter à recourir à la dilatation, lorsqu'il dure depuis longtemps, se produisant à chaque défécation et s'accompagnant de douleurs vives, surtout chez les sujets nerveux et tout spécialement chez les femmes... Mais le triomphe de la méthode consiste dans ces cas de cachexie hémorrhoïdaire rapidement produite par des flux sanguins quotidiens, parfois énormes... Au moyen d'une opération simple et absolument inoffensive, ces malades vont être guéris; on dilate le sphincter contracturé, « véritable anneau enchanteur », et aussitôt cessent les hémorrhagies et avec elles tout le cortège de symptômes menaçants qui en dépendent. Chez ces sujets, arrivés à la dernière période de l'hecticité, la dilatation forcée constitue donc un traitement réellement héroïque : elle équivaut presque à une transfusion sanguine et produit une véritable résurrection. Elle n'est pas contre-indiquée chez les diathésiques² eux-mêmes; en effet, l'opération est trop bénigne pour avoir aucun retentissement fâcheux sur leur état général, et, par contre, fussent-ils voués à une mort certaine, elle en retarde le terme en supprimant une puissante cause d'affaiblissement³ ».

Il existe peut-être un peu d'exagération dans les lignes précédentes, et nous pensons, pour notre part, que la dilatation, opération excellente en cas de contracture du sphincter, avec ou sans fissure, entretenant les accidents inflammatoires et, par suite, les hémorrhagies, ne peut rien, toutefois, contre les hémorrhagies elles-mêmes dans les cas où celles-ci ne sont pas sous la dépendance de la contracture, ce qui est fréquent. Si donc on veut y recourir, il est nécessaire, au préalable, de connaître les cas où elle peut être efficace. On la pratiquera alors avec ou sans anesthésie, avec ou sans instruments. Reclus anesthésie ses malades avec la

(1) Fontan. *Du traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée* (Mémoire présenté à la Société de chirurgie, 1877).

(2) Voyez in *Thèse Fr. Monod*, 77. « Un cas d'anémie hémorrhoïdaire chez un phthisique, traité par la dilatation forcée », p. 85.

(3) Voyez *Fr. Monod*. « De la dilatation forcée dans son application au traitement des hémorrhoïdes ». (Thèse Paris, 1877, p. 65 et 66). — *Reclus*, « Cliniques de la Pitié », 1894, p. 379. — *Trélat*, « Cliniques chirurgicales », t. II, 1891, p. 319 et suivantes.

cocaïne, Hartmann avec le bromure d'éthyle. Le premier se sert du spéculum de Trélat; d'autres préfèrent la dilatation digitale. Quel que soit le procédé employé, la dilatation donnerait à peine quelques gouttes de sang dues à l'éraillure de la muqueuse et dès le lendemain les pertes sanguines seraient taries.

Enfin, certains chirurgiens, partisans convaincus de la dilatation, mais frappés de ses résultats incertains, l'emploient associée à une autre méthode. M. le Dr Ch. Monod est de ce nombre : « ... J'ai absolument renoncé depuis 1888 à me borner à la dilatation simple. J'y ai toujours joint, depuis lors, soit la cautérisation ignée, la destruction à l'aide du thermo-cautère des principaux paquets hémorroïdaires, soit leur ablation au thermo ou incision au bistouri suivie de sutures au catgut de la muqueuse intestinale ¹.

Nous ne pourrions, sans risquer de dépasser les limites du cadre que nous nous sommes imposées, insister plus longuement sur les autres moyens chirurgicaux auxquels on peut encore recourir : leur étude est d'ailleurs fort bien faite dans tous les livres qui traitent la question des hémorroïdes.

Nous considérons donc notre tâche comme terminée, trop heureux si nous étions parvenus, à la fin de cette étude, à diminuer les hésitations du médecin en présence d'un cas donné d'anémie hémorroïdaire et à convaincre le malade des dangers inhérents à ces petites pertes sanguines répétées, qu'il devrait faire traiter dès le début, sans attendre que l'anémie, par ses progrès constants, l'ait jeté dans la cachexie et dans le marasme.

(1) *In thèse de Rosenbaum*. Paris, 1895, n° 343, p. 56. Voyez aussi (*eodem loco*, p. 55). Une observation de *Cachexie anémique*.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Personnelle). — *Anémie par hémorragies abondantes dues à des hémorroïdes.*

G... Siméon, 35 ans, sommelier, entre le 3 mai 1895 dans le service de M. le docteur Duguët, salle Grisolle, à Lariboisière.

Sa mère est morte à 39 ans, à la suite de ses couches; elle était hémorroïdaire. Son père a une hernie.

Lui-même dit avoir eu, dans son enfance, la rougeole et des convulsions. A 13 ans, il commence à exercer le métier de sommelier.

En 1878, à l'âge de 18 ans, forte attaque de rhumatisme articulaire aigu pour laquelle il fut soigné un mois à Lariboisière, salle Saint-Charles. A 20 ans, apparition de varices aux membres inférieurs.

A 22 ans, au régiment, le malade remarque pour la première fois qu'il perd du sang par l'anus en allant à la selle.

Vers 30 ans, ce flux sanguin semble revêtir une certaine périodicité, réapparaissant à peu près tous les mois, comme le sang menstruel, et durant 4 à 5 jours.

Ces pertes l'affaiblissaient un peu, mais pas au point de l'obliger à cesser son travail. Parfois le malade avait par l'anus un écoulement muqueux, glaireux, assez abondant. Parfois aussi survenaient de fortes épistaxis; mais quand l'un ou l'autre de ces deux flux apparaissaient d'une façon un peu persistante, le flux sanguin hémorroïdal diminuait ou disparaissait. Cet état peu inquiétant persista jusqu'à il y a environ 7 mois.

A cette époque, le malade, qui exerçait sa profession de sommelier dans un grand café de Paris, est obligé, voyant ses pertes sanguines devenir plus fréquentes et plus abondantes et ses forces diminuer progressivement, de cesser son travail et d'aller se reposer chez lui.

A partir de ce moment le sang coule presque tous les jours, chaque fois que le malade va à la selle, et il y va en moyenne 3 ou 4 fois dans les 24 heures. En même temps apparaît la pâleur des téguments et des muqueuses. La décoloration de son visage devient bientôt si manifeste qu'elle est remarquée des personnes de son entourage.

Lorsqu'il veut marcher un peu vite et surtout lorsqu'il essaye de monter les escaliers, il s'aperçoit qu'il est rapidement essoufflé, « il étouffe », nous dit-il; des palpitations surviennent et des bourdonnements d'oreille; un peu plus tard se montrent des douleurs névralgiques de la face, principalement du côté gauche; un point douloureux apparaît à l'épigastre, enfin des vertiges fréquents viennent incommoder le malade.

Il y a 4 mois, en janvier, il commence à s'aliter, tellement sa faiblesse est devenue considérable; et depuis cette époque il devra garder souvent le lit, ne se levant et ne sortant que lorsqu'il y sera impérieusement obligé: car à peine a-t-il fait quelques pas au dehors, qu'il se voit obligé de s'asseoir pour éviter une chute qu'il prévoit imminente. Le 17 février dernier, il lui arrive de s'affaïsser en traversant une rue; toutefois il ne perd pas connaissance, peut se relever sans aide et continuer son chemin.

Dans les premiers jours de mars, il s'aperçoit de la présence d'une petite tumeur, du volume d'une noisette, faisant saillie à l'anus après l'acte de la défécation et rentrant assez facilement. Du 5 au 25 mars, il doit garder le lit, le flux sanguin devenant plus considérable et la faiblesse plus grande. Puis légère amélioration jusqu'au 20 avril.

Enfin, à partir de ce jour, il s'alite de nouveau jusqu'à son entrée à l'hôpital: la petite tumeur était devenue constamment procidente et avait acquis le volume d'un œuf de poule; elle était dure, tendue, enflammée, n'était plus facilement réductible et occasionnait au patient des souffrances intolérables, lui laissant à peine quelques minutes de sommeil. Les envies d'aller à la garde-robe devenaient impérieuses et se répétaient toutes les 10 ou 15 minutes; elles étaient accompagnées de ténésme vésical, de troubles douloureux de la miction, d'urines claires et abondantes à dépôts blanchâtres.

Quant à la quantité de sang perdu par l'anus durant les 12 derniers jours qui ont précédé son entrée, le malade l'évalue à environ un grand verre dans les 24 heures. Ce sang était clair, « écarlate » nous dit le malade, liquide, et jamais en caillots, sauf le matin; il était évacué au début de la défécation, et le plus souvent, sous forme de jet.

La digestion se faisait encore facilement, mais l'anorexie causée par les douleurs qu'il endurait, devint assez considérable pour que le malade, qui depuis 4 mois ne s'alimentait plus autant qu'à son ordinaire, en arrivât, ces derniers jours, à ne plus prendre que des bouillons et un peu de pain. Dans ces conditions, l'amaigrissement ne tarda pas à se montrer, et l'anémie à augmenter. C'est alors que, voyant ses forces décliner de plus en plus, il se décida à entrer à l'hôpital le 3 mai dernier.

Notre maître, M. le docteur Duguët, examine ce malade le lendemain même de son arrivée. Ce qui frappe, au premier coup d'œil, c'est l'état de pâleur et d'abattement répandu sur sa figure. La face est légèrement bouffie, le regard atone, les lèvres exsangues, les conjonctives totalement décolorées; les gencives conservent à peine une légère trace de coloration rosée. Les mains, n'était le réseau bleuâtre des veines qui en sillonnent la surface, trancheraient à peine sur la blancheur des draps. Le corps tout entier revêt une teinte uniforme de cire un peu vieillie. Le malade paraît très affaibli et très apathique. En le découvrant, on remarque sur sa surface cutanée, diverses lésions dont il est facile de rapporter l'origine au parasitisme (mélano dermie, cicatrices d'échyma, excoriations dues au grattage et surtout taches bleues abondantes). Aux membres inférieurs, notables dilatations variqueuses des veines du mollet.

A l'examen de l'anus, on constate une couronne de bourrelets hémorroïdaux enflammés et turgescents, et à leur centre une saillie du volume d'un œuf de pigeon, rouge, saignante, très tendue et manifestement constituée par un bourrelet hémorroïdal interne procident. En raison des souffrances prolongées et débilitantes qu'a déjà éprouvées le malade et de celles qu'il accuse encore aujourd'hui, on ne croit pas devoir pratiquer le toucher rectal.

L'examen des divers organes et appareils nous ont révélé les particularités suivantes :

Les poumons paraissent sains, la respiration normale. Le cœur présente à l'auscultation un souffle très accentué au premier temps et à la base, dans le second espace intercostal gauche, exactement au foyer de l'artère pulmonaire, souffle doux, de tonalité un peu élevée.

Sur le trajet des vaisseaux du cou, on perçoit, avec le doigt, un frémissement cataire, et le stéthoscope, appliqué au niveau de ces vaisseaux, permet d'entendre ce qu'on a nommé le « bruit du diable ». Le pouls radial est plein, large, mou, sans dureté.

L'appétit est diminué, mais les digestions se font bien, et le malade n'accuse aucun trouble gastralgique: la constipation, qui a existé avant son entrée, a fait place à une légère diarrhée (3 à 4 selles dans les 24 heures); ces selles examinées ne contiennent aucune trace de sang. Le foie percuté, arrive à peine aux fausses côtes. Pas de lésion organique appréciable à la palpation de l'abdomen. La rate est peut-être légèrement augmentée de volume. Varicocèle à droite. Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas de signes d'alcoolisme. Le malade se plaint d'être sujet à de fréquents étourdissements, et parfois même d'éprouver des vertiges très sensibles lorsqu'il se déplace dans son lit; il lui est très pénible de rester debout; de plus, il accuse une grande faiblesse dans la région des reins; la vue n'est pas affaiblie; l'insomnie est presque constante; toute la nuit il a des bourdonnements dans la tête, des sortes de sifflements qui lui passent dans les oreilles et auxquels il attribue son manque de sommeil.

La température est normale. L'urine est abondante (2,500 gr. dans les vingt-quatre heures), de coloration pâle, de faible densité (1012). Pas de trace d'albumine ni de sucre.

Comme traitement, on se contente de prescrire l'application de compresses astringentes en permanence sur la région anale; un lavement avec une solution étendue de perchlorure de fer; tous les soirs, des suppositoires à l'extrait de ratanhia et de la pommade à l'onguent populéum. Le malade essaiera de manger ses 4 portions.

8 mai. — Depuis son entrée, le malade n'a pas perdu une seule goutte de sang, il souffre beaucoup moins; peu à peu, le bourrelet hémorroïdal, qui faisait procidence, est rentré et la région anale s'est décongestionnée; l'appétit est complètement revenu; le malade se plaint seulement de ne pas pouvoir rester debout plus de une heure ou deux par jour sans ressentir une grande lassitude; il se plaint également de n'avoir pas encore recouvré le sommeil; il a toujours 4 à 5 selles semi-diarrhéiques dans les 24 heures.

12 mai. — Sueurs nocturnes; insomnie.

13 mai. — A dormi deux heures. A eu deux selles cette nuit, dont une légèrement sanguinolente.

14 mai. — M. Josué, interne en médecine du service, a l'extrême obligeance de pratiquer pour nous l'examen du sang : le liquide qui sort de la piqûre est pâle, séreux ; il donne à la numération des globules : 2,728,000 globules rouges par millimètre cube.

20 mai. — Poids, 69 kilogs ; urines, 2,500 gr.

25 mai. — Du côté de l'anus, on ne constate plus qu'une série de petites hémorroïdes externes flasques, flétries, rétractées, sans aucune trace d'inflammation et n'occasionnant plus qu'une gêne très légère. On fait prendre au malade deux bains sulfureux par semaine ; on ne croit pas devoir le faire conduire à la douche, de peur de réveiller chez lui la diathèse rhumatismale.

Urines, 3 litres : En raison de leur abondance, on est tenté de se demander s'il n'existerait pas, en même temps que l'affection hémorroïdaire, un début de néphrite interstitielle. Mais on n'a jamais constaté la moindre trace d'albumine dans les urines examinées à plusieurs reprises ; on ne perçoit pas de bruit de galop, il n'y a pas d'œdème, si ce n'est une légère bouffissure du visage et des paupières, qui s'explique suffisamment par le seul fait de pertes sanguines abondantes et répétées, survenant chez un individu en pleine santé ; enfin l'appétit demeure excellent.

26 mai. — Le souffle de la base s'entend toujours très nettement. Depuis plusieurs nuits, le malade est obligé de se lever trois ou quatre fois pour uriner.

28 mai. — Poids, 69 kilogs. Le sommeil est revenu.

29 mai. — Transpirations abondantes, la nuit, depuis quelque temps.

1^{er} juin. — Le toucher rectal est pratiqué : l'introduction de l'index est douloureuse, le sphincter est assez résistant et paraît un peu épaissi ; sur la muqueuse rectale, du côté du sacrum, on sent une petite tumeur molle, dépressible, non pédiculée, située au-dessus des sphincters et à peu près du volume d'un gros pois : c'est l'hémorroïde interne qui faisait précéder les premiers jours.

2 juin. — Notre malade se colore visiblement.

7 juin. — Urines, 3 litres. Un léger essoufflement persiste, lorsque le malade monte les escaliers.

8 juin. — Dosage de l'urée dû à l'obligeance de M. Beau, interne en pharmacie du service : 11 gr. 30 d'urée par litre. Le malade avait uriné 3 litres ce jour-là. Cela donne donc un total d'environ 31 gr. d'urée.

10 juin. — Cette nuit, en allant à la selle, léger étourdissement ayant duré 5 minutes ; d'ailleurs pas de pertes de sang. Les bourdonnements d'oreille persistent.

17 juin. — Poids, 68 kil. 500. Bien que le malade n'engraisse pas, il a cependant meilleure mine et son état général est de beaucoup supérieur à ce qu'il était au début.

22 juin. — Le bruit de souffle s'entend encore d'une façon très manifeste. Néanmoins, le malade se colore de jour en jour en jour davantage ; il reste levé à présent presque toute la journée, circulant dans les cours, gravissant les escaliers sans trop d'oppression, mangeant et dormant bien ; sa gaieté est revenue et il se dispose à aller en convalescence à Vincennes. Nous le considérons, sinon comme guéri entièrement, du moins comme très notablement amélioré et sa guérison n'est plus désormais qu'une question de jours.

26 juin. — Le malade quitte l'hôpital dans un état des plus satisfaisants.

OBSERVATION II. — *Charier* (thèse de Paris, 1883, p. 39 et suivantes). — Anémie par hémorrhagies abondantes dues à des hémorroïdes : anasarque ; œdème pulmonaire ; polyurie. Guérison.

— Le nommé D. C., âgé de 42 ans, garçon de pharmacie, entre le 20 mai 1882 dans le service du docteur Vulpian, salle Saint-Denis, lit n° 2, à l'Hôtel-Dieu.

Ce malade entre à l'hôpital pour une anasarque considérable dont le début remonte à une quinzaine de jours environ.

Les antécédents héréditaires de ce malade ne présentent d'autres faits à signaler que l'existence chez son père d'une affection hémorroïdaire.

Le malade lui-même qui, jusqu'en 1870, et pendant quinze années de service militaire en France, s'était bien porté (à part une rougeole dans la première enfance), s'aperçut à cette époque de l'existence de bourrelets hémorroïdaires, saignant très légèrement. Cette première atteinte se produisit en Allemagne pendant sa captivité, de mars à mai, et tous les ans, depuis ce moment, les mêmes accidents ont reparu pendant les mêmes mois.

Il y a trois mois se produisit une nouvelle fluxion hémorrhédaire avec des hémorrhagies quotidiennes, donnant en moyenne par jour, au dire du malade, trois quarts de litre de sang. Ce sang venait en quelque sorte goutte à goutte, et le malade était pris à tout moment d'en-vie d'aller à la garde-robe.

Ces phénomènes ont continué d'une façon ininterrompue, jusqu'à il y a huit jours environ, accompagnés d'une perte progressive des forces et, dans ces derniers temps, d'un gonflement des régions malléolaires. Il y a huit jours, l'affaiblissement devint tel que le malade fut obligé de prendre le lit. Dans cet intervalle, il y a eu une syncope, et c'est dans ces conditions qu'il a demandé son admission à l'hôpital.

Etat actuel. — 20 mai. Le malade, qui d'abord ne donnait pas de renseignements sur l'origine de sa maladie, se présente avec l'aspect d'un brightique atteint d'hydropisie. Sa face est pâle et bouffie; la même décoloration s'observe sur l'ensemble du tégument. Il existe un œdème considérable des membres inférieurs, œdème blanc, mou, donnant sous la pression du doigt un godet assez profond. La même tuméfaction s'observe sur les parois de l'abdomen. Il ne paraît pas y avoir d'ascite.

Le malade présente en même temps une dyspnée assez notable, dyspnée que l'on peut attribuer à de l'œdème pulmonaire, manifesté par des râles sous-crépitaux aux deux bases. Il n'existe pas de troubles de la vue. Les urines, paraît-il, sont très abondantes; examinées immédiatement, elles ne renferment cependant ni albumine, ni sucre.

En présence de ces renseignements négatifs, on recherche les autres causes possibles d'œdème. C'est alors seulement que le malade signale l'existence des hémorrhagies intestinales, qui ne l'ont, en quelque sorte, pas quitté depuis trois mois; en effet, l'état d'anémie est des plus marqués. A la décoloration de la peau, il faut ajouter une grande pâleur des muqueuses conjonctive et buccale. L'auscultation du cœur permet de constater à la base et au premier temps l'existence d'un souffle de nature probablement anémique; il existe également un léger pouls veineux jugulaire, avec bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

Malgré cela, les fonctions digestives s'exécutent bien. Les selles, depuis huit jours, ont cessé d'être sanguinolentes et présentent, au dire du malade, la consistance et la couleur de l'argile. Le foie et la rate ne semblent pas modifiés dans leurs dimensions.

Il n'y a pas de phénomènes cérébraux, ni vertiges, ni étourdissements, ni troubles des organes des sens.

Traitement. — Pilules de fer et quinquina. Lait.

Le 22, le malade est dans le même état. On constate aujourd'hui un léger nuage albumineux dans les urines examinées. Même traitement.

Le 24, le malade est en voie d'amélioration légère. Il a moins de dyspnée. Pouls à 138. Souffle au premier temps s'entendant dans toute l'étendue de la région précordiale. La rate paraît un peu volumineuse. L'examen du sang, fait par M. Lesage, élève du service, donne les résultats suivants: 525,000 globules rouges par millimètre cube. Un globule blanc pour 24 globules rouges. On constate de plus, maintenant comme à l'entrée du malade, un nombre considérable de granulations dites hémato blasts dans les préparations du sang.

Le malade appelle l'attention sur un phénomène particulièrement intéressant, sur l'existence d'une polyurie abondante. Il dit spontanément que tout le liquide qu'il ingère (et il boit beaucoup, car il a très soif) passe immédiatement dans les urines et il a remarqué ce fait depuis qu'il est malade.

Le 26, la polyurie est toujours abondante. Hier, six litres dans les vingt-quatre heures. L'œdème est moins prononcé, mais le doigt laisse encore une empreinte très profonde sur les membres inférieurs. Le souffle systolique du cœur s'entend toujours nettement dans toute la région précordiale.

Le 27, six litres d'urine renfermant des quantités à peine appréciables d'urée.

Le 29, le malade n'a uriné hier que trois litres. Le pouls veineux n'existe plus. Par contre, on observe une véritable danse des vaisseaux artériels du cou.

Le 30, le malade est en voie d'amélioration sérieuse. Le pouls est relevé; trois litres d'urine.

Le 31, trois litres 250 grammes d'urine. Diminution notable de l'œdème. Pouls fort. Examen nouveau du sang: 625,000 globules rouges. Granulations hémato blastiques toujours abondantes.

1^{er} juin. Un litre d'urine. Disparition de l'œdème. Le malade se lève et va beaucoup mieux.

Le 27, le malade quitte l'hôpital, encore anémique, mais dans un état très satisfaisant. L'urine est revenue à sa quantité normale. Le souffle du cœur est excessivement faible; la respiration normale. Plus d'œdème. La numération des globules, faite avant la sortie du malade, donne 2,512,500 globules rouges.

OBSERVATION III. -- Dupuytren. (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, 1832, t. I^{er}, p. 363 et 364.)

Un banquier immensément riche, âgé de 45 ans, d'un tempérament bilieux, consulte M. Dupuytren pour des hémorroïdes qui étaient la source d'hémorrhagies sans cesse renaissantes. Les écoulements sanguins l'avaient réduit à un état d'anémie et de faiblesse considérables. Pâle, infiltré, il maigrissait à vue d'œil : il était devenu incapable de se livrer à des travaux de cabinet. Écrire une lettre était pour lui une chose très fatigante et presque impossible. M. Dupuytren, après avoir examiné le malade, reconnut l'existence d'un bourrelet hémorroïdal interne.

OBSERVATION IV. — Trélat (*Clinique chirurgicale*, 1891, t. II, p. 323 et 324.) — Anémie hémorroïdaire très grave, survenue chez un individu ayant éprouvé antérieurement des accidents dysentériques et saturnins. Mort imminente. Dilatation forcée suivie de cautérisation. Traitement médical adjuvant. Guérison.

« ... Le troisième fait que j'ai observé est plus saisissant encore, car ici, comme vous allez le voir, l'anémie était parvenue à un degré tel que la vie même du malade était sérieusement menacée. Il s'agissait d'un homme de 36 ans, fondeur en caractères de typographie. Il avait subi plusieurs atteintes de dysenterie : deux au Sénégal, où il a séjourné de 1858 à 1870, et une à Paris à la fin de 1870, pendant le siège. On peut, à bon droit, considérer ces attaques réitérées de dysenterie comme ayant exercé une certaine influence sur le développement des hémorroïdes. De plus, cet homme est un saturnin de par sa profession de fondeur en caractères, qu'il exerçait depuis l'âge de 10 ans, l'intoxication plombique s'était manifestée chez lui par la gingivite caractéristique, par des phénomènes convulsifs en 1866, et par des coliques de plomb en 1872, 1873, 1875 et 1876; depuis 1876, bien que continuant la même profession, il est resté exempt de nouveaux accidents de saturnisme. Il y avait 10 ans qu'il avait des hémorroïdes et il y avait 2 ans qu'il perdait du sang en grande abondance en allant à la selle.

» Lorsqu'il entra à Necker, dans le service de M. Blachez, il présentait un type d'anémie portée à ses dernières limites et son état, en vérité, était des plus inquiétants. Pâleur extrême des téguments et des muqueuses, amaigrissement, débilitation considérable, pouls faible, fréquent et dépressible, vertiges survenant sous l'influence de la moindre inclinaison du corps, bruit de souffle au premier temps et à la base du cœur; tels étaient les symptômes principaux que l'on constatait chez lui lorsque M. Blachez le fit passer dans mon service.

» Localement, nous reconnaissons l'existence d'un gros bourrelet hémorroïdal sur sphinctérien qui venait, au moment des efforts de défécation, faire procidence à travers l'anus contracturé et que le malade réduisait lui-même assez facilement, au bout d'un instant, simplement en s'asseyant sur un siège résistant. Dans le court espace de temps qui s'écoula entre le jour de son entrée et celui de l'opération, il eut coup sur coup deux hémorrhagies anales abondantes, qui le mirent à deux doigts de la mort. Je lui fis la dilatation anale lente sans chloroforme. Cette opération, qui ne détermine habituellement qu'une très légère perte de sang, donna lieu dans ce cas à une hémorrhagie abondante, alarmante même, en raison de l'état de faiblesse du malade, et je dus, pour m'en rendre maître au plus vite, cautériser énergiquement et profondément, à l'aide du thermo-cautère, les points du bourrelet hémorroïdaire qui donnaient du sang; de plus, je crus prudent, par surcroît de précautions, de faire suivre cette cautérisation d'un tamponnement du rectum... Mais le résultat que nous visions fut d'emblée atteint et les hémorrhagies, qui menaçaient l'existence du patient, furent de suite et définitivement supprimées. Je fis ensuite alimenter le malade le mieux et le plus possible, en même temps que je le mettais au traitement par le fer, le quinquina et le vin. Puis aussitôt qu'il me parut susceptible d'être déplacé sans danger, je le fis porter à la douche; je dis « porter », car il n'était pas encore en état de se tenir debout, et c'est assis sur une chaise et soutenu par un infirmier qu'il reçut ses premières douches; vous pouvez juger par là qu'il n'y avait rien d'exagéré dans ce que je vous disais tout à l'heure de la gravité de son état d'anémie lors de son entrée dans notre service.

« A dater de ce moment, l'amélioration fit de rapides progrès; quant à la défécation, elle avait repris, au bout de quelques jours, son régime normal et s'effectuait désormais facilement et sans douleur. Ce fut une véritable résurrection, et cet homme, qui nous était arrivé presque mourant, quittait l'hôpital un mois après l'opération, sinon tout à fait rétabli, du moins très avancé dans sa convalescence et n'ayant plus besoin que de quelques jours de repos chez lui pour parvenir à la guérison complète de son anémie ».

OBSERVATION V. — *Gosselin (Cliniques chirurgicales 1879 t. III, p. 676).* — Hémorroïdes internes, saignantes. Anémie profonde. *Traitement médical.*

« Nous avons eu dernièrement un homme de 33 ans, chez lequel un gros bourrelet hémorroïdal interne, dont la réduction était lente et douloureuse, aurait nécessité une cautérisation au fer rouge. Mais j'ai cru devoir ajourner, parce que ce bourrelet était en même temps saignant et depuis longtemps. Il avait fait perdre au malade une telle quantité de sang qu'une anémie profonde en était résultée. Non seulement le malade était pâle, essoufflé, disposé aux syncopes ; mais en outre il était gastralgique, mangeait peu, digérait mal et bref, avait perdu de ses forces et de son embonpoint à un degré tel qu'il était bien difficile de lui faire supporter aucune douleur sans l'exposer à des accidents. En même temps que le bourrelet était très gros, l'anus était assez peu dilaté pour que l'opération de Récamier (dilatation forcée), me parut nécessaire d'abord. Mais le pouls était si faible que j'aurais craint une syncope dangereuse pendant le sommeil anesthésique, et d'autre part, sans chloroforme, l'opération était bien difficile à supporter pour un homme ainsi épuisé.

D'autre part, il était probable, vu le volume considérable des hémorroïdes, que la dilatation forcée n'aurait pas suffi pour supprimer les accidents, et qu'une ou plusieurs cautérisations eussent été nécessaires. La faiblesse du malade était encore une contre-indication pour ces opérations successives.

C'est pourquoi je décidai qu'avant de prendre un parti relativement au choix d'un traitement chirurgical, nous allions entreprendre un traitement médical ayant pour but de corriger l'anémie si considérable qui existait chez ce sujet, et de supprimer l'écoulement sanguin qui avait causé et qui entretenait cette anémie.

Il fut convenu d'abord que le patient resterait le moins longtemps possible à la garde-robe et qu'il réduirait promptement son prolapsus. Ensuite je prescrivis une cuillerée d'eau hémostatique de Pagliari le matin et le soir et une donche d'eau froide tous les matins. Je comptais, au moyen de ce traitement réparateur, mettre en quelques semaines le patient en état de supporter les épreuves chirurgicales qui lui étaient nécessaires. Mais, 8 jours après son entrée, il a voulu absolument nous quitter disant qu'il ferait ce traitement chez lui et qu'il reviendrait. Nous ne l'avons pas revu, mais à son occasion, je vous ai dit que nous étions quelquefois, chez les sujets auxquels les hémorroïdes avaient fait perdre une notable quantité de sang, obligés de faire, soit avant, soit après la cautérisation ou la ligature, un traitement par l'hydrothérapie, le fer et le quinquina. »

OBSERVATION VI. — *Professeur Tillaux, Chirurgie clinique, t. II, p. 641).*

« J'ai opéré dans mon service un jeune homme de 27 ans, d'une constitution très vigoureuse, mais que des hémorragies répétées avaient réduit à un état d'anémie tel qu'il ne pouvait plus se tenir debout, et cependant les hémorroïdes n'étaient ni volumineuses, ni procidentes ; ces cas ne sont pas très rares. »

OBSERVATION VII (abrégée). — *Delestang (Thèse de Paris, 1893, p. 25).* — Anémie hémorroïdaire ; numération des globules.

D... Louis, 58 ans, terrassier, entre le 27 mars 1893 à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Quenu. Ce malade est un alcoolique. A trois reprises différentes depuis 4 ans, en 1890, en février 1892, et enfin, la dernière fois, en février 1893, il a eu de violentes poussées hémorroïdaires accompagnées de leurs symptômes habituels, hémorragies, douleurs, ténisme rectal et vésical. La dernière poussée, plus violente que les autres, a donné lieu à des hémorragies abondantes et répétées et a décidé le malade à entrer à l'hôpital.

A son entrée, il est dans un état d'anémie extrême : les muqueuses, la peau sont complètement décolorées ; la numération des globules rouges, faite à ce moment, n'en donne plus que 600,000 par millimètre cube.

Le 3 avril, le malade est opéré par M. le docteur Quenu, suivant son procédé spécial. Le malade fut long à se remettre de son anémie, mais en quelques jours il avait été localement guéri de ses hémorroïdes.

OBSERVATION VIII. — *Lejars (Leçon de chirurgie de la Pitié, 1893-94, p. 373).* — « Chez cet homme âgé de 33 ans, les accidents hémorroïdaires datent de deux ans, mais les pertes de sang répétées presque à chaque selle, quelquefois notables, ont été suivies d'un état d'anémie et d'affaiblissement très marqué. Il est maigre, pâle, de teint jaunâtre; bien que l'appétit soit conservé, il sent chaque jour dépérir ses forces et depuis six mois, nous dit-il, son poids a diminué de 5 kilogs. Son aspect est si misérable que nous avons cru tout d'abord à l'existence d'un néoplasme rectal et d'hémorroïdes symptomatiques; mais le toucher rectal n'a révélé aucune espèce de tumeur, l'exploration de l'abdomen, l'examen des divers organes n'ont fait découvrir aucune tare. C'est un exemple et très frappant d'anémie hémorroïdaire. »

OBSERVATION IX (résumée). — *D^r Reclus (Leçon de clinique chirurgicale de la Pitié, 1894, p. 379).* — Hémorroïdaire très anémié, considéré comme *phthisique*. Dilatation forcée. Guérison rapide.

Il s'agissait d'un jeune pasteur protestant auprès duquel M. Reclus fut appelé il y a trois ans. Des douleurs incessantes et un flux sanguin à chaque selle l'avaient conduit au dernier degré de l'anémie. On le croyait *poitrinaire* et dans sa famille on craignait un rapide dénouement. M. Reclus pratiqua la dilatation forcée. « La guérison fut prompte et la vigueur revint elle qu'au bout de 3 ou 4 mois notre pasteur avait repris son activité primitive. »

OBSERVATION X. — *D^r Tillaux (Leçon de clinique chirurgicale, 1895, recueillies et publiées par Thiéry, p. 280.)*

« Il n'y a pas très longtemps, je fus appelé auprès d'un notaire de province qu'au premier abord je crus *phthisique* en raison de son état d'anémie. Je l'opérai par la cautérisation de hémorroïdes, procédé que j'emploie habituellement. Six mois après je le vis de nouveau et ne pus le reconnaître tant son facies était changé et tant il avait pris de l'embonpoint. »

OBSERVATION XI (abrégée). — *Jean Scultet (Arsenal de Chirurgie, 1712, p. 217).* — Anémie hémorroïdaire *subaiguë*; mort imminente; cautérisation au fer rouge. Guérison.

« ... J'ai expérimenté l'opiniâtreté d'un semblable flux des hémorroïdes, étant à Venise, en un noble Vénitien de la race des Contarius, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin au printemps, travaillé pour la première fois (car il n'en avait encore jamais été attaqué) des hémorroïdes externes qui coulaient par excès... ». Scultet, mandé auprès de ce malade employa différents remèdes qui n'arrêtèrent point ce grand flux de sang, « en sorte que le patient, auparavant rubicond, devint tellement pâle qu'il courait risque de sa vie. Je proposai à ce gentilhomme presque moribond et à ses parents, qui étaient présents, que le seul moyen d'arrêter ce flux de sang et de lui conserver la vie dépendait, suivant Hippocrate, Aëtius et Sennert, de la cautérisation des varices qui versaient le sang... Or, comme le patient connaissait que la mort n'était pas très éloignée, il ajouta foi à la sentence d'Hippocrate et me promit, en me touchant la main et aux assistants, qu'il était tout prêt à souffrir la cautérisation puisque c'était son dernier secours... Le sang étant arrêté par la cautérisation, ce noble patient revint dans sa première santé... »

OBSERVATION XII (abrégée). — *Cazin* (rapportée dans la thèse d'agrégation de Budin. Paris 1880, p. 141 et 142). — Anémie hémorroïdaire *aiguë*. Défaillance, cautérisation, guérison.

M^{me} la comtesse de R..., 30 ans, vit apparaître au septième mois de sa première grossesse une hémorroïde qui se réduisait d'elle-même. « Le 22 mars 1870, au huitième mois de sa grossesse, elle venait d'aller à la selle et s'était essuyée avec un papier un peu rugueux lorsqu'elle se sentit mouillée par un liquide chaud : avec terreur elle s'aperçut que c'était de sang. Ce dernier coulait avec une telle abondance que M^{me} de R..., fut d'abord obligée de se placer sur un vase. « On me fit quérir de suite, mais pendant le temps qui s'écoula jusqu'à mon arrivée, l'hémorrhagie avait été copieuse et à ma visite je trouvai la malade affaiblie, avec des étourdissements et de la défaillance. Je la fis coucher et vis la petite hémorroïde dont le revêtement muqueux très aminci avait été déchiré. Malgré la position horizontale, le flux sanguin continuait, la compression, la glace dans le rectum, les styptiques, du perchlore de fer furent inefficaces. L'hémorrhagie se suspendait un instant, puis reprenait de plus belle. Je n'en pus triompher qu'en éteignant sur le point malade 4 à 5 *aiguilles à tricoter rougies à blanc*. L'accouchement se fit à terme mais l'anémie se prolongea longtemps... »

OBSERVATION XIII. — *Hoffmann* (*Opera omnia*, 1748, t. II, cap. IV). — Cachexie hémorroïdaire. *Mort*.

« Celeberrimi nominis vir, corpore plenus atque robustus, sexagesimum liberale sanguinis per venas sedis passus est stillicidium, fere menstruum, eodemque rite succedente, valetudinis incommoda sensit nulla. Sed posteaquam diuturno affectus fuerat cum tacita iracundia merore, restitit hæmorrhoidum fluxus, et facies antea florida, facta flavescentes et flaccida, cum oculorum intumescencia. Ob metum igitur cachexiæ Pyrmontanas adiit acidulas eademque ingusti copia hausit, neque tamen in, neque post earum usum, conveniens coluit in vita victu que regimen. Inde effusus sanguinis puri per anum sequutus est fluxus, non compescibilis, licet nitrosis pulveribus Becherianisque pilulis uteretur. Pedes potius facti edematosi, venter intumuit, vires collapsæ, anhelitus factus difficilis, superiora contabuerunt tandemque excepit mors. »

OBSERVATION XIV. — *Bordeu* (*Œuvres complètes*, 1818, t. I^{er}, chap. XIV, p. 300). — Hémorrhagie hémorroïdale. *Mort*.

« Un mélancolique adonné à ses plaisirs, qui avait fait pendant près de trois mois de violents exercices, prétendait être fort incommodé, et prit de lui-même, pendant plusieurs jours, des eaux de Barèges chaudes et salées et regardées comme très purgatives. Il lui en resta un flux hémorroïdal assez considérable ; c'est alors que je fus appelé. Je trouvai le poulx irrégulier, un peu rebondissant, tantôt plein et tantôt resserré. On employa inutilement les remèdes accoutumés ; l'hémorrhagie subsista toujours et le malade mourut dans le marasme. Le poulx qui s'était toujours soutenu dans le même état, quoique fort affaibli, devint, trois ou quatre jours avant la mort, plus serré, plus égal, plus convulsif. »

OBSERVATION XV. — *Lannelongue* (*Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1873, art. *Hémorrhoides*. Cachexie hémorroïdaire, anasarque, cautérisations. *Mort*.

« Un homme, entré à Necker dans le service de Laboulbène, était atteint d'hémorrhoides internes qui s'étaient montrées à la suite d'une diarrhée rebelle contractée dans les pays chauds. Ces tumeurs sortaient après chaque garde-robe et donnaient lieu à des hémorrhagies abondantes. Elles devinrent tellement fréquentes et considérables que le malade tomba dans un état de cachexie qui amena rapidement un anasarque.

» Prié par Laboulbène d'examiner le malade avec lui, nous nous décidâmes à employer la *cautérisation*, craignant qu'une opération sanglante déterminât une perte de sang fatale. A plusieurs reprises, un fer rouge fut introduit dans le rectum et éteint sur la muqueuse dont la laxité était considérable, grâce au volume énorme du bourrelet. Nous pûmes ainsi nous rendre

maître de l'hémorrhagie. Le malade *succomba* plus tard à l'épuisement de la cachexie anémique et, chez ce sujet, qui n'était pas hémophile, l'autopsie ne révéla d'autres lésions que la dilatation variqueuse des veines hémorroïdales.

OBSERVATION XVI. — *Quenu et Hartmann Chirurgie du rectum*, 1895, p. 417). — Ulcère variqueux hémorroïdaire, chez un vieillard. Anémie subaigue. Mort rapide par épuisement.

« L'hémorrhagie peut amener rapidement la mort par épuisement, témoin l'observation de ce vieillard que l'un de nous (Quenu) a rapportée dans la *Revue de Chirurgie*. (1892, p. 991) : On s'aperçut à 5 heures du matin que du sang sortait par l'anus. L'interne de garde appelé trouva un malade pâle, sans mouvement, avec un pouls débile et des battements cardiaques extrêmement faibles. Il était couché dans une mare de sang franchement rutilant; un filet de sang rouge coulait continuellement de l'anus, qui parfois s'entr'ouvrait pour laisser échapper un caillot. La mort survint le surlendemain. L'autopsie démontra que la source unique du sang venait de deux ulcérations arrondies ne paraissant intéresser que la muqueuse, à peine de la dimension d'une pièce de 20 centimes; de petits caillots adhéraient à ces ulcérations dont la nature variqueuse était des plus manifestes et fut vérifiée histologiquement. »

CONCLUSIONS

1° Certaines hémorrhoïdes, — celles qui donnent lieu à des hémorrhagies abondantes ou répétées, — sont susceptibles de produire un état pathologique spécial, auquel convient le nom d'*anémie hémorrhoïdaire* ;

2° Cette anémie, peu grave et facilement curable au début, peut arriver à un degré tel qu'elle engendre une véritable *cachexie*, caractérisée par la teinte jaunâtre de la peau, les œdèmes et parfois les hydropisies ;

3° A ce degré ultime de la maladie, la guérison, bien qu'elle ne soit pas impossible, devient très difficile, et *la mort* peut survenir dans le marasme ;

4° L'anémie hémorrhoïdaire, d'un diagnostic ordinairement facile, peut, dans certains cas, être confondue avec l'une des nombreuses affections qui s'accompagnent soit d'anémie, soit de cachexie, telles que le cancer, les maladies du cœur, la néphrite interstitielle, la phthisie pulmonaire, certaines variétés de cirrhose, et, d'une façon générale, avec la plupart des affections qui donnent lieu à des pertes sanguines, muqueuses ou purulentes, par l'anus ;

5° En raison des dangers qu'elle présente, il importe de s'opposer énergiquement aux progrès de cette affection : l'hygiène, le régime, quelques moyens médicaux suffiront d'ordinaire dans les cas peu avancés. Mais, plus tard, dans les phases ultimes de la maladie, on n'aura souvent d'autres ressources, pour guérir le malade, que l'intervention chirurgicale, rapide et immédiate.

Vu : par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : par le Président.

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

GREARD.

IMP. G. JUNET, 68, rue de Richelieu.
